



O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

THE ROLE OF SPECIALIST NURSE IN CARE QUALITY IMPROVEMENT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Domingos André Gama Marques

Sob a orientação de Professora Lúcia Rocha

Porto – abril de 2018

RESUMO

O presente documento surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e evidencia os principais contributos dos módulos de Estágio, para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica. Estes módulos decorreram num Serviço de Urgência, no Instituto Nacional de Emergência Médica e numa Unidade de Cuidados Intensivos, entre 2 de maio de 2017 e 10 de fevereiro de 2018.

Este documento tem por objetivos: analisar de forma crítica o processo de concretização dos objetivos definidos no projeto de estágio; avaliar de forma global e crítica o processo de desenvolvimento de competências durante o estágio e fundamentar as opções e atividades desenvolvidas na evidência científica resultante das revisões de literatura realizadas, nos critérios éticos aplicáveis e na gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Para a sua elaboração, adotei uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, suportada em pesquisa bibliográfica, recorrendo a bases de dados, publicações periódicas e a trabalhos de investigação. Para além destes recursos, saliento as oportunidades de aprendizagem, no contexto da prática. A sua estrutura encontra-se dividida em quatro capítulos. Na introdução, faz-se um enquadramento do relatório, do estágio e dos objetivos; no segundo capítulo, descreve-se as características dos diferentes locais de estágio; no terceiro capítulo procede-se à exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados, e à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, são descritas e analisadas situações que abordam o respeito pela privacidade e intimidade do doente, o dever de sigilo profissional, o dever de informar, e o consentimento presumido.

No domínio da melhoria contínua da qualidade são valorizadas as atividades que visam a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como, são identificadas oportunidades de melhoria e apresentadas estratégias de resolução, no âmbito dos registos dos cuidados, metodologia de trabalho e formação em serviço.

No domínio da gestão de cuidados, realça-se a colaboração e o interesse em perceber todo o processo de gestão de um serviço, e por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são apresentadas todas as atividades que visaram o desenvolvimento de competências comunicacionais, e o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, bem como, procura-se demonstrar a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

Por fim, na conclusão abordo o meu desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas.

Como contributo para os contextos da prática, depois de identificadas as oportunidades de melhoria, foi construída uma norma sobre os registos de enfermagem relacionados com o “*Transporte Inter hospitalar de doentes*”. Elaborei também um documento denominado *Ventilação Não Invasiva no pré-hospitalar*. Procedi também a levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem da UCI, e uma proposta de plano de formação para 2018.

Concluído o percurso, julgo no futuro ser capaz de prestar cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de processos de tomada de decisão, assentes na ação refletida e na prática baseada na evidência científica.

Palavras chave: Enfermeiro, Especialista, Qualidade, Competências

ABSTRACT

This report comes within the scope of Master's degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing and aims to demonstrate the main contributions of each Internship module in the development of specialized skills in medical-surgical nursing.

This internship occurred in Emergency Department, National Institute of Emergency Medicine and in an Intensive Care Unit, between May 2017 and February 2018.

This document aims to: critically analyze the proposed objectives achievement; overall evaluate the skills development process during the internship and explain every option and every activity developed according to scientific evidence, ethical criteria and the efficient resources management.

For its elaboration it was adopted a descriptive, critical and reflexive methodology, supported by bibliographical research, databases, periodical publications and research work. In addition, it was emphasized the practical learning opportunities. Its structure is divided into four chapters. In the introduction, it is demonstrated a general framework of this report, the internship and the proposed objectives; in the second chapter, it is described the different characteristics of the internship places; in the third chapter, the critical and reflexive analysis of the activities is presented, considering the achievement of the planned objectives and the specialist nurse skills acquisition, established by the Order of Nurses.

In terms of professional, ethical and legal responsibility, it were described and analysed situations related to patient privacy and intimacy, professional secrecy duty, duty to inform, and presumed consent.

In terms of continuous quality improvement, it was valorized the activities that aimed the care quality and safety, and it was identified improvement opportunities and resolution strategies within the scope of care records, work methodology and complementary formation.

In terms of care management, it was emphasized the collaboration and the interest in understanding the entire process of a department management.

In terms of professional learning development, all activities that aimed to improve communication skills and the personal/ professional self-development process were presented as well as to demonstrate the reaction capacity in unpredictable and complex situations.

In the conclusion it is described my professional development according to acquired competences.

As a practical contribution, after identify the improvement opportunities, it was elaborated a protocol of nursing records related to the "Interhospital transport of patients", it was created a document designated "Non-Invasive Ventilation in prehospital", and it was analysed the nursing team formation needs and proposed a training plan.

Once the internship is completed, I believe to be able to provide specialized care in Medical-Surgical Nursing through decision-making processes based on reflected action and practice based on scientific evidence.

Keywords: Nurse, Specialist, Quality, Skills

AGRADECIMENTOS

Gostaria de aqui deixar o meu agradecimento, a todos os que direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste documento que demonstra o trabalho realizado ao longo dos últimos meses e a concretização dos objetivos que previamente estabeleci.

Destaco:

- A Professora Lúcia Rocha pela sua exigência, disponibilidade e compreensão na orientação do estágio e relatório;

- Os meus orientadores de estágio, pela sua disponibilidade para a partilha de conhecimentos, capacidade de motivação, comunicação, liderança, e domínio de conhecimentos teóricos.

- A todos os Enfermeiros, Técnicos de Ambulâncias de Emergência (TAE's), médicos e auxiliares de ação médica que colaboraram e facilitaram a minha integração e aquisição de competências.

- À minha família, especialmente a ti PATRICIA, por todos os momentos em que tiveram que suportar a minha ausência, ao longo deste processo de aprendizagem, pela força que me transmitiram em momentos de maior desanimo e acima de tudo pelos sorrisos que me faziam esquecer todo o cansaço acumulado.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APH – Assistência Pré-Hospitalar

AVC – Acidente vascular Cerebral

CMEMC – Curso Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAV – Diretivas Antecipadas da Vontade

DGS – Direção Geral de Saúde

DNR – Decisão de Não Reanimar

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PICCO – Pulse-induced Contour Cardiac Output

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico Ambulância de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UDC – Unidade de Decisão Clínica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	17
2.1 – Serviço de Urgência	17
2.2 – Assistência Pré-Hospitalar	21
2.3 – Unidade de Cuidados Intensivos	24
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	27
3.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	28
3.2 – Domínio da Melhoria da qualidade dos cuidados.	36
3.3 – Domínio da Gestão dos cuidados.	43
3.4 – Domínio das aprendizagens profissionais.	50
4. CONCLUSÃO.....	71
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	83
Apêndice I – Transporte Inter-hospitalar de doentes	85
Apêndice II – Ventilação Não Invasiva em contexto pré-hospitalar.....	109
Apêndice III – A formação como pilar da melhoria da qualidade assistencial..	127
ANEXO – Poster da – 5 momentos higienização das mãos	151

1. INTRODUÇÃO

A sociedade em que vivemos encontra-se em constante mudança e inovação, o que exige dos profissionais de saúde uma atualização constante dos conhecimentos teóricos e práticos, ao mesmo tempo que reclama uma atitude de permanente reflexão e interrogação.

Essa constante atualização ganha relevância na nossa profissão uma vez que o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado na (Lei 156/2015), cita na alínea a) do número 1 do seu artigo 97º que os seus membros têm o dever de:

“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (CMEMC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, surge dessa forma no meu percurso profissional e académico como uma resposta a essa necessidade de melhorar diariamente e consequentemente prestar melhores cuidados à população.

Ao longo dos sete anos da minha curta carreira profissional, tive a oportunidade de trabalhar num internamento médico cirúrgico, numa unidade de cuidados intermédios polivalente e no bloco operatório pelo que, o cuidado ao doente crítico faz parte da minha realidade diária, e é o que me realiza profissionalmente. Essa minha experiência profissional, conferiu-me a firme certeza de que esta seria esta a área de especialização de enfermagem onde eu sentia vontade de expandir os meus conhecimentos.

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular – Relatório, do curso anteriormente referido, como uma resposta a uma exigência pedagógica desta Unidade. O CMEMC encontra-se dividido por uma componente teórica e uma componente prática. Para fazer cumprir esta última componente, realizei o estágio previsto no período compreendido entre 2 de maio de 2017 e 10 de fevereiro de 2018. O estágio encontra-se dividido em três módulos: o módulo I Serviço de Urgência (SU) que realizei no Serviço de Urgência de um hospital da área metropolitana do Porto, o módulo III opcional que realizei na delegação

Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o módulo II de Cuidados Intensivos realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCI) de um Hospital Central do Grande Porto. Este período teve um total de 750 horas das quais 540 foram de contacto e as restantes de trabalho individual de pesquisa. Assim, cada módulo de estágio foi composto por 250 horas, das quais 180 de contacto e as restantes 70 horas para estudo individual.

Optei por elaborar este trabalho com base no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, descrevendo de modo crítico-reflexivo as atividades desenvolvidas no sentido de dar resposta aos objetivos, gerais e específicos, delineados e às oportunidades de melhoria detetadas, ao longo do estágio. Fiz, ainda, referência às estratégias apresentadas e implementadas para a sua resolução, bem como às competências profissionais adquiridas e desenvolvidas na área da especialização em enfermagem médico cirúrgica (EEMC) para assistência ao doente adulto e idoso com doença grave e especialmente ao doente em estado crítico, baseada numa prática de enfermagem avançada. Desta forma, foram expressas a aquisição de competências nos quatro domínios de intervenção descritos como transversais a todos os enfermeiros especialistas, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais. Importa reforçar que mediante a área específica, também existem competências dirigidas a cada especialidade. Relativamente à Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, compõem a sua componente específica a atuação nos processos complexos de doença crítica, ao indivíduo e família, maximizando-se a intervenção na prestação de cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Relativamente ao campo de estágio escolhido, no módulo de SU, apesar de reconhecer a excelência dos serviços propostos inicialmente pela Universidade Católica Portuguesa, decidi por motivos meramente pessoais solicitar a sua realização no hospital onde exerço funções. Esta opção foi realizada com o objetivo de conhecer um serviço com o qual tenho uma ligação profissional, mas que desconhecia a sua dinâmica e organização.

O estágio neste serviço permitir-me-ia integrar todo o percurso do doente crítico desde a sua receção no SU até ao bloco operatório onde exerço atualmente funções. Pelo facto de ser um serviço de nível médico-cirúrgico possibilitaria o desenvolvimento das minhas competências de enfermeiro especialista. Segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 7):

“enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores

especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na área da sua especialidade.”

A área do pré-hospitalar sempre foi uma área onde gostava de ter oportunidades de aprendizagem, desde os tempos de licenciatura. Essa oportunidade acabou por surgir agora pelo que a escolha deste módulo de estágio acabou por ser algo bastante natural.

Este estágio decorreu no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) onde passei um turno, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) onde realizei doze turnos e nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) efetuei dezasseis turnos.

Relativamente à escolha dos meios onde decorriam o estágio pode-se dizer que a escolha, deveu-se ao facto de poder mais facilmente conciliar a minha atividade profissional com o Estágio académico, num local que me permitisse uma maior flexibilidade de horário e proximidade geográfica do local onde atualmente exerço funções. Por outro lado, a opção por estes meios incidiu também no conhecimento da sua qualidade de equipamentos, saberes e competências na prestação de cuidados ao doente crítico, e pelo tipo de casuística das suas atividades.

A Unidade de Cuidados Intensivos caracteriza-se por um ambiente fechado, complexo e tecnologicamente avançado, com elevados recursos materiais e humanos onde são prestados cuidados especializados a doentes em estado crítico e com prognóstico geralmente reservado, de uma forma rápida, eficaz e eficiente. A opção por esta unidade incidiu, no conhecimento da qualidade dos seus recursos humanos e materiais e também pelo facto de prestar assistência a doentes das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas fundamentais para a aquisição de competências no campo de ação do intensivismo.

A UCI escolhida, sendo uma unidade polivalente, recebe doentes com disfunções respiratórias, cardiovasculares, renais e urinárias, neurológicas, gastrointestinais e com fatores de stresse multissistémicos o que me proporcionou diferentes experiências e aquisição de conhecimentos

A produção deste Relatório visa demonstrar a aprendizagem desenvolvida, o crescimento profissional e de que forma as intervenções e reflexões realizadas contribuíram para a aquisição de competências que possibilitem a aquisição do grau de Mestre. Assim, com o presente Relatório proponho:

- ✧ Analisar de forma crítica o processo de concretização dos objetivos definidos no projeto de estágio;

✕ Avaliar de forma global e crítica o processo de desenvolvimento de competências durante o estágio,

✕ Fundamentar as opções e atividades desenvolvidas na evidência científica resultante das revisões de literatura realizadas, nos critérios éticos aplicáveis e na gestão eficiente dos recursos disponíveis

Para a elaboração do documento adotei uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, suportado em pesquisa bibliográfica, recorrendo a bases de dados, publicações periódicas e a trabalhos de investigação em contexto de mestrado e doutoramento. Para além destes recursos, saliento as oportunidades de aprendizagem, no contexto da prática, disponibilizadas pelos doentes e família, a sabedoria transmitida pelos profissionais de saúde dos serviços, com especial destaque à tutoria dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica dos locais de estágio e à orientação da Professora Lúcia Rocha.

Estruturalmente, o Relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: introdução, caracterização dos locais de estágio, desenvolvimento de competências e conclusão. Na introdução, faço um enquadramento do relatório e dos módulos de estágios, assim como as justificações pelas opções e objetivos delineados para o relatório. No segundo capítulo, faço uma caracterização dos diferentes campos de estágio; no terceiro capítulo faço uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas em estágio com vista à aquisição de competências. Esta análise encontra-se estruturada com base nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, não descorando as competências específicas do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica tendo como eixo orientador a melhoria da qualidade dos cuidados. Por fim, na conclusão, abordo o meu desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas e dos contributos das pesquisas efetuadas e projetos elaborados. Termina com as referências bibliográficas e os apêndices.

As Referências Bibliográficas encontram-se enunciadas de acordo com a norma APA (American Psychological Association).

2. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

As características dos locais da prática clínica de cada módulo do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em complementaridade com a base teórica lecionada durante o 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com EEMC e o suporte contínuo de pesquisa bibliográfica, para uma prática com base na evidência científica, constituíram o pilar para a consecução dos objetivos dirigidos ao desenvolvimento de competências de enfermeiro com EEMC.

A integração nas equipas multidisciplinares, a noção da estrutura física e organizacional dos serviços, bem como a forma com que os serviços se articulam com outras unidades, a perceção das metodologias de trabalho e dos protocolos de atuação, normas e regulamentos existentes, revelaram-se elementos essenciais para o percurso de desenvolvimento de competências. Assim, neste capítulo pretendo de uma forma clara e por ordem cronológica caraterizar os diferentes locais de estágio onde efetuei o meu percurso, com vista a integrar a dinâmica funcional dos serviços de cada local de estágio.

2.1 – Serviço de Urgência

O desenvolvimento de competências em contexto de Urgência/Emergência decorreu numa instituição de saúde com serviço de urgência médico-cirúrgica e, portanto, o segundo nível de acolhimento em situação de urgência que está definido como um apoio diferenciado para os serviços de urgência básica e serve de ponte para os serviços de urgência polivalente (Ministério da Saúde, 2014). Em articulação com este serviço funciona ainda a urgência ginecológica e obstétrica e a urgência pediátrica, dotados de profissionais e espaços diferentes.

Este serviço de urgência tem no seu atendimento valências médicas de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia, com Bloco Operatório em apoio permanente, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia e Patologia Clínica bem como serviço de Imagem com radiologia convencional, ecografia (até as 24h) e tomografia. De forma não permanente, existe o atendimento de Cardiologia e Neurologia (das 8h as 24h) e as especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia no período diurno (8h-20h), sendo que as

especialidades de Neurologia e Cardiologia se encontram em funcionamento na estrutura física do serviço de urgência e as restantes em sede de consulta externa.

Este serviço de Urgência é referência primária para uma população residente com cerca de 327 174 habitantes e referência secundária para a população dos 2 concelhos vizinhos com uma população total estimada de aproximadamente 48 836 habitantes (Pordata, 2015)

Anualmente são atendidos segundo o relatório de contas desta unidade hospitalar perto de 150 000 doentes (148 778 durante o ano de 2016), o que dá uma média diária de 407 episódios de urgência. O mês de maior afluência é o mês de dezembro, com mais de 16 000 episódios de urgência, ao passo que o mês de junho regista em média 13 000 atendimentos.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de cardio-pneumologia e assistente social. A equipa de enfermagem conta com 61 elementos, dos quais 26 são especialistas, é uma equipa jovem, com experiências diversas, com grande espírito de entre ajuda e muito dinâmica.

No turno da manhã estão 11 elementos ao serviço, incluindo o chefe de enfermagem e o responsável de turno, distribuídos pelas diferentes valências. Nos turnos da tarde estão 10 elementos e no turno da noite estão 8 elementos. Nestes turnos, assim como nos turnos de fim de semana a equipa é liderada pelo responsável de turno que gere os cuidados de enfermagem tendo em conta os recursos disponíveis, mobiliza elementos de acordo com o fluxo de doentes, o tempo de espera ou a necessidade de transporte extra-hospitalar. O plano de trabalho elaborado pelos responsáveis de turno é dividido por setores de acordo com as competências dos elementos, no que respeita a Suporte Avançado de Vida (SAV), experiência profissional, capacidade de liderança e de antecipação e resolução de problemas.

O Serviço de Urgência encontra-se organizado em diversas áreas funcionais: a área de admissão e receção/área administrativa, localizada à entrada do SU, é o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente e acompanhante. Contiguamente, encontra-se também o local de realização de outros processos administrativos como altas, internamentos, receção de reclamações, entre outros. Adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de triagem.

Após a admissão, o doente, acompanhado ou não de acordo com a sua condição, passa para **área de triagem** onde é feita uma avaliação inicial pelo enfermeiro. Este SU tem dois postos de triagem (ficando apenas um a funcionar após as 22h), esta avaliação é baseada na

triagem de Manchester, que permite a classificação da situação clínica do doente em termos de prioridade de atendimento e sempre de acordo com a sua urgência. O principal objetivo deste protocolo é o de assegurar, de forma objetiva, que o doente mais urgente é identificado de imediato e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica. Os níveis de classificação são os seguintes: pulseira vermelha atribuída a doentes emergentes, pulseira laranja a doentes muito urgentes, pulseira amarela a doentes urgentes, pulseira verde a doentes pouco urgentes e pulseira azul a doentes não urgentes. Excecionalmente, doentes com sinais ou sintomas compatíveis com Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) entram em vias prioritárias de atendimento (Via verde) para um tratamento precoce de forma a diminuir o risco de vida ou de perda de um órgão. Pelo que a prioridade de atendimento no SU pode não se relacionar com as doenças prévias do doente, mesmo que estas sejam graves.

Sempre que após a Triagem de Prioridades se identifique uma situação em que a necessidade de observação pelo médico seja realizada fora do espaço físico do serviço de urgência (situação específica da especialidade de Oftalmologia e Otorrinolaringologia ou encaminhamento para a urgência de Ginecologia/Obstetrícia), os doentes são acompanhados por um assistente operacional do serviço de urgência.

Os doentes a quem é atribuída a prioridade verde ou azul passam para os **gabinetes urgentes** (em funcionamento das 8h às 20 h), dotada de sala de espera, gabinete de enfermagem e três gabinetes médicos.

A **sala de observação e terapêutica** é onde são observados os pacientes do foro médico e classificados com prioridade amarela ou prioridade laranja, mas sem necessidade de maca. Este espaço tem ao dispor equipamentos de monitorização de parâmetros vitais, saídas de O₂ e ar respirável, sistema de vácuo. Os doentes são colocados em cadeiras ou cadeirões sob a vigilância de enfermagem com o apoio dos gabinetes médicos.

A **unidade de decisão clínica** é um espaço destinado para o atendimento dos pacientes triados com cor Laranja que necessitam de ser colocados em maca. Esta área está equipada com equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo, é composta por uma área de macas que na maioria das vezes se encontra excessivamente lotada. Esta zona, dispõe ainda de um quarto utilizado para situações de maior privacidade em fim de vida ou situações de isolamento de contacto (ainda que sem controlo de pressões do ar ambiente).

A **sala de emergência**, localizada junto aos postos de triagem, é de fácil acesso o que facilita em algumas situações, nomeadamente quando um doente é trazido pelos meios

INEM e se encontre numa situação que necessita de cuidados emergentes vai diretamente para a sala de emergência, sendo a triagem realizada em simultâneo.

Aqui faz-se a admissão, avaliação e estabilização inicial de doentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato, encontra-se preparada para atendimento de dois doentes em simultâneo.

De acordo com a (Ordem dos Médicos, 2009, p. 49) a sala de emergência é uma área de intervenção com “acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções” com recurso a tecnologia avançada para avaliação e tratamento inicial do doente crítico e onde se encontra uma equipa de reanimação com profissionais com formação avançada nessa área. Para que nunca falte material existe uma check-list que permite confirmar o bom funcionamento dos equipamentos, material e fármacos existentes e a sua realização promove o conhecimento aprofundado da localização dos mesmos o que numa situação de stress é de extrema importância, para não perder tempo na procura de material. Essa verificação é feita em todos os turnos pelo enfermeiro responsável do turno e sempre que necessário.

A **área de traumatologia** divide-se em área de cirurgia e ortopedia, onde são observadas vítimas de trauma sem critério de gravidade para a sala de emergência, contando com salas de tratamento para as duas especialidades e ainda uma área de enfermagem para os casos que necessitam de vigilância durante períodos inferiores a 24h.

Para além destas áreas funcionais, o espaço físico do SU alberga ainda o gabinete de informações ao acompanhante e uma sala de acompanhantes. O gabinete de informações ao acompanhante ocupa um espaço físico junto à entrada do SU cuja função é ajudar na orientação dos acompanhantes e na informação que lhes é prestada. Neste processo são intervenientes: um funcionário administrativo e o pessoal clínico (médicos e enfermeiros).

Existe, ainda, em cada área compartimentos de aprovisionamento de materiais e equipamento assim como gabinetes médicos. Relativamente a gestão dos recursos materiais, verificasse o modelo de gestão com reposição de materiais e fármacos por níveis.

2.2 – Assistência Pré-Hospitalar

O segundo período de estágio decorreu na delegação norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) o qual é uma entidade que em conjunto com a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os hospitais e centros de saúde formam o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e no seu todo cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita.

O SIEM, criado 1981, caracteriza-se por um conjunto de ações coordenadas de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde, programados de modo a possibilitar uma ação rápida, eficaz e com economia de meios, em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes, nas quais a demora de medidas adequadas, diagnóstico e terapêutica, podem acarretar graves riscos ou prejuízo ao doente. Este compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente (INEM, Sistema Integrado de Emergência Médica, 2013).

Com o intuito de prestar os melhores cuidados à população, é necessário ter em linha de conta conceitos como os de multidisciplinaridade, coordenação, articulação funcional, acompanhamento, avaliação, reajustamento, reunião de esforços, meios e ações, assentando necessariamente num modelo organizacional, baseado na responsabilidade partilhada por todos os seus intervenientes, nomeadamente o público, os operadores das centrais de emergência 112, os técnicos do CODU, os agentes da autoridade, os bombeiros, os tripulantes de ambulância, os Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), os médicos e enfermeiros, o pessoal técnico hospitalar e o pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

No decorrer destes anos, o SIEM tem vindo a ser aperfeiçoado e foram criados diferentes meios nomeadamente, as ambulâncias de socorro que se dividem em ambulâncias de emergência médica, ambulâncias de suporte imediato de vida, as viaturas médicas emergência e reanimação, os helicópteros de emergência médica, a mota de emergência médica, a unidade móvel de intervenção psicológica de emergência, o transporte inter-hospitalar pediátrico e a viatura de intervenção em catástrofe e subsistemas, nomeadamente CODU e CODU-mar, centro de informação antiveneno, centro de apoio psicológico e

intervenção em crise, centro de intervenção para situações de exceção. De entre os diferentes meios supracitados, apenas irei realizar uma breve descrição dos meios que foram locais de estágio, nomeadamente a SIV, a VMER e o subsistema CODU.

O CODU é o responsável por assegurar a medicalização do Número Europeu de Emergência. Durante 24 horas por dia, profissionais qualificados com formação específica, efetuam o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro, no mais curto espaço de tempo, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O INEM tem quatro CODU's em funcionamento, em Lisboa, Porto, Coimbra e Algarve.

No CODU, a chamada é recebida por um operador que cria uma ficha onde constam os sinais, sintomas e antecedentes pessoais da vítima, a sua localização geográfica com pontos de referência e propõe os meios a ativar. O aconselhamento é efetuado e ajuda o contactante enquanto os meios não chegam ao local. De seguida, a ficha criada necessita de validação por parte médica, que aceita ou altera os meios propostos pelo operador, de acordo com os dados facultados e os meios disponíveis. Segue-se o acionamento dos meios propostos pelo médico por outro operador.

Ainda na sua atuação, cabe ao CODU assegurar o acompanhamento permanente das equipas a operar no terreno, efetuando sempre que necessário, de acordo com as informações clínicas recebidas via rádio ou telemóvel, o contacto prévio com a unidade hospitalar que irá receber o doente. A unidade hospitalar de acolhimento, é definida pelo CODU mediante critérios geográficos e de recursos existentes na unidade de saúde, necessários para fazer face à situação. Isto demonstra a enorme complexidade que é gerir todo este sistema, que necessita da colaboração de cada interveniente para que o socorro se processe da forma mais eficiente.

Em 1988 iniciou-se a atuação médica com a colocação de médicos nas ambulâncias do INEM e um ano mais tarde, criou-se a VMER, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente. A equipa é constituída por um enfermeiro e por um médico, que habitualmente ocorre em primeiro lugar às situações de emergência pré-hospitalar, e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). Os seus objetivos são a estabilização pré-hospitalar, e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (INEM, Sistema Integrado de Emergência Médica, 2013).

Estas viaturas encontram-se nas bases hospitalares e atuam na dependência direta do CODU, podendo ser ativadas para efetuar rendez-vous com outros meios, quando se verifica

que o meio acionado é insuficiente. O médico da VMER é o chefe da equipa e o elemento responsável pela prestação dos cuidados de emergência médica, nas ocorrências para as quais é acionado, assumindo a responsabilidade da triagem da situação clínica da vítima ou vítimas, instituindo as medidas terapêuticas adequadas à sua estabilização, atendendo aos protocolos de atuação em vigor. Também é da sua responsabilidade transmitir ao CODU os dados referentes à situação da vítima, assim como, os procedimentos/intervenções efetuadas e assegurar que estão garantidas as condições de segurança para o transporte até à unidade de saúde. É ainda responsável pela orientação e coordenação de atuação da equipa, atendendo sempre aos conhecimentos mais recentes e à importância da humanização da prestação de cuidados em meio pré-hospitalar (Mateus, 2007). O enfermeiro é o elemento responsável pela condução da viatura, colaborando na aplicação das técnicas de emergência médica.

As ambulâncias SIV surgiram no início de 2007 e destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de SAV.

São tripuladas por um TAE e um enfermeiro, este último com formação complementar, assegurada pelo INEM, nas áreas de emergência médica, trauma, pediátrica, obstétrica, transporte do doente crítico e catástrofe. Estas equipas, lideradas pelo enfermeiro, atuam de acordo com protocolos definidos pelo INEM e estão maioritariamente integradas em serviços de urgência básicos.

Estas ambulâncias estão dotadas de diversos equipamentos e fármacos de reanimação, tendo a missão de assegurar cuidados de saúde diferenciados. O enfermeiro tem por principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos. Aos TAE cabe a função de colaborar na prestação de cuidados de acordo com as suas competências e com as orientações do enfermeiro, sendo ainda responsáveis pela condução do veículo.

2.3 – Unidade de Cuidados Intensivos

A UCI trata-se de uma unidade fechada, autónoma, de nível III, pois compreende equipas funcionalmente dedicadas; assistência médica qualificada nas 24 horas; acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; e ainda, controlo contínuo da qualidade e programas de ensino e treino em Cuidados Intensivos (Ministerio da saude, 2013). Esta UCI pertence a um Hospital Central da Área metropolitana do Porto e está inserida numa unidade de gestão Integrada (UGI) - UGI de Urgência e Medicina Intensiva que engloba os serviços de Urgência e Emergência Médica, Cuidados Intensivos e Anestesiologia.

Quanto à estrutura física esta divide-se em zona de trabalho, duas zonas de apoio ao serviço e zona de acesso ao serviço. **A zona de trabalho** tem atualmente em funcionamento doze unidades de doentes, distribuídas numa área comum, sendo dez unidades separadas por cortinas e duas correspondem a quartos de isolamento, dadas as condições que apresentam.

As unidades dos doentes encontram-se dotadas de todo o material individualizado recomendado e encontram-se dispostas em L. Do balcão central não é possível observar todos os doentes o que constitui desde já uma limitação, dado que algumas unidades, não permitem uma linha de visão direta enfermeiro-doente, como seria desejável.

Nesta zona existe ainda um balcão de trabalho, uma sala de sujos e uma copa para preparação da refeição dos doentes.

Quanto às **zonas de apoio ao serviço**, são duas, a primeira é constituída por uma arrecadação com equipamentos e material clínico; armários com stocks de soros e medicação; uma sala para os aparelhos de monitorização e apoio clínico. A segunda zona de apoio está localizada num piso superior é constituída por gabinetes médicos e de enfermagem, biblioteca / sala de reuniões, e ainda outros espaços mais destinados ao pessoal do serviço.

Na **zona de acesso**, entre outros, é de salientar o secretariado referente à UCI, sala de espera para os familiares e a porta de acesso devidamente codificada e com campainha, uma mais-valia para controlar o acesso ao serviço, mantendo-se assim a devida segurança.

A UCI apresenta os materiais necessários para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos doentes internados, não se detetando carências a este nível.

A Enfermeira Chefe é responsável pela gestão, conservação e organização do stock de farmácia e armazém (material e equipamento), constituindo suas funções a verificação

periódica da correta organização do material e fármacos, as revisões periódicas para verificação do estado/prazo de validade dos fármacos e materiais existentes, o alerta para faltas de fármacos e materiais, a promoção da arrumação e limpeza da sala onde se armazenam os materiais e os fármacos e a proposta de introdução/retirada de novos fármacos e materiais.

Relativamente aos recursos humanos é constituída por uma equipa multidisciplinar e interdependente, constituída por diferentes sectores profissionais: médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe e 26 Enfermeiros, 7 dos quais são especialistas – 2 deles especialistas em Enfermagem de Reabilitação e cinco especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica. Os Enfermeiros integram-se em 5 subequipas de enfermagem, cada uma delas com um Enf.º Responsável de turno, com responsabilidade em tomar decisões relativas à coordenação e supervisão dos cuidados de enfermagem prestados. Cabe também a este elemento substituir o enfermeiro responsável pelo UCI na sua ausência gerindo o serviço da forma mais conveniente; distribuir os doentes do plano de trabalho, tendo como objetivo a continuidade dos cuidados e tendo em atenção o grau de complexidade e de dependência, tomar as decisões mais adequadas e oportunas a cada situação assumindo inteira responsabilidade das mesmas, definir em conjunto com o médico de serviço a unidade mais adequada para a admissão de um doente na UCI, definir em conjunto com a equipa a distribuição das admissões, colocando-as no plano trabalho.

A Enfermeira Chefe da UCI é responsável pela gestão do pessoal de enfermagem e assistentes operacionais.

Quanto à dinâmica de trabalho, é utilizado o método individual, não obstante o conceito global, sendo por isso as passagens de turno realizadas em dois momentos: num primeiro momento, o enfermeiro responsável apresenta uma síntese, “um briefing”, onde refere os aspetos gerais para toda a equipa; num segundo momento, o enfermeiro responsável do doente, relata somente ao enfermeiro que o vai substituir o estado do doente no turno. A totalidade dos cuidados é então prestada pelo enfermeiro responsável do doente, o qual estabelece prioridades, define objetivos e avalia os resultados obtidos, tendo ou não necessidade de melhorar estratégias, em conformidade com o médico responsável pelo doente, sobretudo no que se refere às intervenções interdependentes.

No meu entender, este método de organização dos cuidados é eficiente e eficaz, satisfazendo tanto as necessidades e problemas dos doentes, como os dos próprios profissionais. A dinâmica de grupo é muito positiva, existindo um incentivo comum para

melhorar a qualidade dos cuidados. Penso que este método tem uma grande rentabilidade sobretudo no que se coaduna com a melhor utilização de todas as capacidades dos Enfermeiros e com a possibilidade dos seus elementos menos experientes se sentirem mais apoiados.

A unidade dispõe ainda de uma Administrativa Clínica, também com funções indispensáveis para assegurar o bom funcionamento da UCI, em termos administrativos e burocráticos, tais como a efetivação e organização dos Processos Clínicos, a impressão de etiquetas de identificação, entre outras.

Em relação ao sistema informático, existem dois sistemas operativos – BSimple® e SClinic® - utilizados em todo o processo do doente, sendo as colheitas de sangue, urina e líquido cefalorraquídeo transportadas pelos assistentes operacionais até ao laboratório, em mala térmica destinada para o efeito.

Entre a equipa multidisciplinar verifica-se a existência de uma comunicação eficaz e de respeito mútuo pelas áreas de atuação inerentes a cada uma das profissões, o que se traduz na obtenção de melhores resultados na assistência.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A aquisição de competências implica, para além de um agir e um conhecimento, o desenvolvimento de uma capacidade crítica e reflexiva de forma a proporcionar uma melhor capacidade de adaptação a diferentes contextos. O estágio torna-se uma extremamente importante visto permitir aplicar e integrar os conhecimentos na prática.

O Enfermeiro Especialista é segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2):

“O enfermeiro que possui conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, considera as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo assim um conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção”

O referido documento define que todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, considerado competências comuns, que se dividem em quatro, nomeadamente: **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**. Essas competências comuns são *“demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Os próximos subcapítulos foram organizados com base nesses quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

Assim, para sua organização, optei por em cada domínio de competências comuns delimitar as metas às quais me propus a atingir e as atividades realizadas ao longo do Estágio, evidenciando em negrito os respetivos objetivos, os módulos de estágio e as competências adquiridas no percurso.

3.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A prática clínica do enfermeiro com EEMC é imensamente potenciadora de situações complexas, uma vez que o alvo dos seus cuidados implica a pessoa em situação crítica ou em fim de vida.

Lidar diariamente com problemas éticos requer conhecimento e informação sobre leis, sensibilidade, saber ético, virtudes e experiência de vida (Vieira, 2007). Implica também que os enfermeiros recorram a competências de tomada de decisão baseadas numa prática responsável, tendo por base princípios éticos, valores e normas deontológicas com vista a promover a proteção dos direitos humanos e consequentemente a dignidade da pessoa.

Objetivo: Respeitar a singularidade e dignidade do doente crítico ou em fim de vida, assegurando os direitos humanos e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais.

Para alcançar este objetivo desenvolvi uma prática baseada no Código Deontológico do Enfermeiro, respeitando o direito dos doentes à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde; identifiquei práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes; tomei decisões suportadas por princípios, valores e normas deontológicas e assumi a responsabilidade dos meus atos assim como dos atos delegados, exercendo sempre supervisão dos mesmos.

O respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, assentando nesta ideia um princípio bioético fundamental, o princípio da autonomia.

Assim, o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (doente/família e enfermeiro). Desta forma, a intervenção do enfermeiro é realizada com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro, tal como está consagrado no artigo 99º do Código Deontológico (Lei 156/2015).

Num Serviço de Urgência, são vários os pressupostos que influenciam a tomada de decisão dos profissionais de saúde, podendo comprometer a segurança e os direitos dos doentes, como sendo a elevada carga de trabalho, a carência de recursos humanos, problemas de sobrelotação, pressão constante para reduzir o tempo o atendimento, existência de conflitos familiares, entre outros. Conhecedor das dificuldades inerentes ao processo de

tomada de decisão procurei desenvolver um conjunto de competências que me permitiram ter presente o **respeito pela autonomia dos doentes e cimentar os meus cuidados nos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, tendo em atenção as crenças e valores de cada pessoa.**

No *Serviço de Urgência*, perante o cuidado especializado ao doente em situação crítica, no respeito pela dignidade humana, um dos aspetos básicos da relação entre o enfermeiro EEMC e o doente crítico é o respeito pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida face ao seu projeto de saúde. Este direito do doente encontra-se sustentado pela obrigação ética, deontológica e legal do enfermeiro salvaguardar e proteger os direitos humanos.

O doente tem direito à informação e o enfermeiro o dever de o informar, de acordo com Código Deontológico do Enfermeiro (Lei 156/2015) no seu artigo 105º que diz que o enfermeiro “*no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem*” pelo que se coloca em questão que tipo de informação se pode prestar ao “indivíduo” e “família”, uma vez que a informação salvo exceções descritas na lei pertence apenas ao próprio.

Daqui se depreende que a informação a fornecer será apenas aquela que reverta em benefício do próprio e / ou família como prestadora de cuidados e sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação a preservar, uma vez que o direito à informação está delimitado pelo dever de sigilo profissional, consagrado na lei 15/2014, de 21 de março no n.º 1 do artigo 6º que enumera os direitos e deveres do doente , e define que: “*O doente dos serviços de saúde tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais*” e no n.º2 do mesmo artigo que: “*Os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação*”.

O dever de informar está também consagrado na alínea c) do artigo 105º do Código deontológico ao afirmar que o Enfermeiro tem o dever de “*atender com responsabilidade e cuidados todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem*”.

O consentimento em saúde é um elemento necessário à prática atual de intervenções de saúde prestadas não só pelo enfermeiro EEMC, mas por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Desta forma, o consentimento em saúde surge como um direito que o doente tem para decidir receber ou recusar determinada prestação de saúde, e como um dever que o profissional de enfermagem deve respeitar e assegurar.

Nos termos do Artigo 5º da (Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedecina, 1997, p. 3), aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo (Decreto do Presidente da República n.º 1/2001), de 3 de janeiro, configura que:

“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”.

Depreende-se assim, que a informação que o enfermeiro EEMC fornece ao doente é a informação que lhe irá permitir, efetivamente consentir ou recusar a intervenção de saúde proposta.

Durante a minha prática foi-me possível constatar que os doentes assistidos no SU nem sempre possuem conhecimento e discernimento para tomarem decisões, quer pela falta de compreensão da informação fornecida, quer pelo estado de ansiedade em que se encontram. Assim no decorrer do Estágio em EMC, tive como preocupação constante, garantir que a informação fosse dada numa verdadeira relação de confiança, ultrapassando obstáculos culturais e linguísticos. Preocupei-me ainda, em perceber se o doente compreendeu a informação, validando-a, esclarecendo dúvidas, e até mesmo reformulando muitas vezes o conteúdo da informação. Só assim, o doente pôde decidir de forma autónoma, livre e esclarecida, aceitar ou recusar uma intervenção.

O direito ao consentimento livre e esclarecido do doente está assegurado pelo dever de informar o doente, respeitando a sua autonomia e dignidade humana. Ou seja, o enfermeiro está obrigado a dar resposta com responsabilidade (com exatidão) e cuidado (gentileza, atenção, utilizando os instrumentos básicos da profissão, como a observação e a relação de ajuda) a todos os pedidos de informação e explicação feitos pelos doentes no domínio de cuidados de enfermagem.

As intervenções de enfermagem carecem do consentimento do doente e não devem, ética e legalmente, ser praticados atos que o doente por meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida, recusou.

Contudo, existem exceções ao consentimento, designadamente: por incompetência ou incapacidade (menoridade, inabilitação – o caso de pessoas com anomalia psíquica, inconsciente, incapaz de consentir ou de expressar vontade - ou interdição), em situações de

urgência (sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não pode ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável, em benefício da saúde da pessoa), e em situação de “privilégio terapêutico” (circunstâncias que poriam em perigo a vida do doente ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica) (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Nestas situações assume-se o consentimento presumido, em que os profissionais atuam tendo em consideração o benefício direto, no sentido da promoção do benefício do cuidado à pessoa, atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, conhecimento científico e os deveres deontológicos

O artigo 8.º da (Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedecina, 1997, p. 3) protege as situações de urgência *“Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”*. O consentimento presumido é assim, a figura jurídica que protege a autodeterminação de um paciente incapaz de declarar a sua vontade real.

Nos termos do Código Penal, do n.º 2, do Artigo 39º da (Lei n.º 94/2017) de 23 de agosto, *“Há consentimento presumido quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”*. Desta forma, o consentimento presumido é lícito em situações de urgência.

Nos termos do Artigo 107º do CDE (Lei 156/2015), o enfermeiro vê-se também obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente. No SU os profissionais sentem essa dificuldade, pois a prestação de cuidados ocorre, por vezes, sob o olhar indiscreto do mais variado tipo de espectadores, e nos espaços destinados à prestação de cuidados, embora se utilizem as cortinas e / ou biombos como uma forma de individualização dos espaços, estes são insuficientes, para preservarem o direito da pessoa à sua privacidade.

A permanência dos doentes em macas ou cadeiras nos corredores é também uma constante, fruto da enorme afluência registada neste serviço. A subdimensão do SU, reconhecida também pelo Conselho de Administração, condiciona também por vezes a preservação da intimidade e privacidade a que todos os doentes têm direito, pelo que, estão já contempladas obras de expansão deste serviço.

Na verdade, os corredores do SU são zonas muito críticas de locais de passagem obrigatória para doentes, profissionais e acesso a outros espaços, sendo que facilmente qualquer pessoa consegue inteirar-se minimamente da situação relativa a este ou àquele

doente. Também os profissionais são ocasionalmente abordados por doentes ou acompanhantes, que não se coíbem de questionar acerca do problema de determinado doente de forma a satisfazer a sua manifesta curiosidade.

É ainda de referir que neste espaço, os profissionais têm que se deslocar sob o olhar, por vezes reprovador, ou até escutar palavras menos agradáveis, de quem em situação de angústia e ansiedade, impacientemente aguarda pela sua vez.

Em contexto pré-hospitalar as situações de conflitos ético-legais também são uma verdade, tendo os profissionais que tomarem decisões num curto espaço de tempo, e com um elevado número de incertezas, dada a escassa informação a que têm acesso e os ambientes de risco com que se deparam.

Um exemplo de conflito ético-legal, que os profissionais da assistência pré-hospitalar (APH) frequentemente vivenciam, decorre das ativações para situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Esta é habitualmente inesperada, e as manobras de reanimação são iniciadas o mais rapidamente possível, pois os profissionais não têm acesso à informação clínica, detalhada e precisa do doente. A decisão de iniciar, continuar ou suspender manobras são tomadas pela equipa médica no local e a Decisão de Não Reanimar (DNR) é clínica e eticamente aceitável à luz do princípio da não maleficência, quando a relação risco/benefício é desequilibrada e excessivamente penosa para o doente.

O médico do INEM apenas pode realizar a verificação do óbito e nunca passar a certidão de óbito. Após a verificação do óbito pode chamar autoridade policial e de saúde ao local, para que possa investigar a situação devidamente, quando se trata de morte de causa indeterminada ou com sinais de morte violenta, ou contactar o médico de família para que seja passada a certidão de óbito por um profissional que conhecendo a história clínica do doente ateste que, pelos seus antecedentes, se trata de uma morte natural não necessitando de ser submetida a exames médico-legais.

A lei que regulamenta a certificação de óbitos em Portugal é a (Lei 141/1999) e define que o óbito apenas pode ser declarado por um médico e em situações excecionais por técnicos de saúde em casos de carbonização, putrefação ou hemicorporectomia. Durante o meu estágio na assistência pré-hospitalar tive uma situação que me colocou serias questões éticas relacionadas com a lei acima referida. A ativação seria para uma PCR num concelho vizinho, onde a SIV foi ativada por indisponibilidade da VMER. À chegada ao local deparamo-nos com uma vítima em rigidez cadavérica. Após a passagem de dados ao CODU, o médico informou-nos que teríamos que manter manobras de suporte básico de vida (SBV), até à chegada de meio diferenciado (a mais de 40 quilómetros de distância) ou até chegarmos

à sala de emergência do Hospital mais próximo, dando cumprimento a diretiva emanada na lei anteriormente referida. Do meu ponto de vista não me parece correto e tive necessidade de discutir com a equipa sobre as questões éticas que esta decisão levanta.

A legislação deve, a meu ver, ser revista para que situações como esta sejam também consideradas excecionais. A Enfermagem, é hoje reconhecida como área científica e os seus profissionais tem conhecimentos que permitem identificar situações excecionais como a descrita anteriormente, pelo que a manutenção desta lei colide até de certa forma com os conhecimentos desta tão grande classe profissional do pré-hospitalar.

Outra das minhas preocupações neste módulo de estágio foi a preservação da privacidade e intimidade. Num cenário de rua nem sempre é fácil face ao ambiente envolvente (familiares ou os amigos frequentemente em stress emocional) e a curiosidade das pessoas em seu redor. Assim, temos de possuir uma grande capacidade de improvisação e uma constante adaptação aos diferentes contextos, aplicando sempre os conhecimentos científicos, de modo a minimizar a exposição da vítima e fazer com que esta seja transportada para dentro da ambulância, o mais rapidamente possível, para que num ambiente fechado e mais calmo, se possa realizar uma avaliação mais correta e segura.

No decorrer do meu *estágio na UCI* tive ocasião de refletir sobre a problemática do sigilo de informação durante a passagem de turno. A passagem de turno é um momento de partilha de informação relativa ao doente de forma a permitir a continuidade de cuidados e possibilitando a discussão dos enfermeiros para definir estratégias e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste serviço, a passagem de turno é efetuada em dois momentos: num primeiro momento, o enfermeiro responsável do turno cessante apresenta sumariamente os doentes da unidade aos colegas que vão entrar ao serviço; num segundo momento o enfermeiro responsável por cada doente relata unicamente para o colega que o vai substituir o estado do doente e a sua evolução.

O primeiro momento, decorre na biblioteca do serviço, longe dos doentes, e o segundo momento junto aos doentes e embora este momento seja maioritariamente realizado em tom de voz baixa a informação transmitida fica ao alcance da escuta dos doentes que se encontram nas camas próximas, o que levanta algumas questões relacionadas com a confidencialidade e privacidade da informação, que foram alvo de debate com os meus tutores.

O respeito pela intimidade encontra-se expresso no artigo 107º do CDE (Lei 156/2015, p. 8103):

“Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

Assim este momento da passagem de turno exige grande concentração de quem está a transmitir e a receber dados, com o intuito de conseguirem passar toda a informação necessária num tom de voz que não seja audível pelos doentes ao lado.

Tentei também durante o estágio em cuidados intensivos envolver-me no processo de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar, de forma a promover a dignidade do doente. Assim, quando a minha prática clínica foi dirigida a um doente crítico consciente, tive o cuidado de o envolver no seu processo terapêutico, respeitando a sua autonomia como forma de participação na tomada de decisão, informando-o adequadamente e solicitando o seu consentimento para todas as intervenções. Em qualquer momento, o consentimento é livremente revogável pelo doente, contudo, este só pode ser substituído pelo consentimento presumido nos casos em que o doente crítico não pode dar o seu consentimento. O consentimento presumido aplica-se quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção de consentimento expresso e não existem dados objetivos e seguros que permitam inferir que o doente se oporia a uma determinada intervenção, como na ausência de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV). Em Portugal, surge no ano de 2012, a Lei do Testamento Vital, e de acordo com o Artigo 1º da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, a lei estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde. Nos termos do n.º 1 do Artigo 2º da (Lei 25/2012, p. 3728) de 16 de julho,

“as Diretivas Antecipadas de Vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”.

Pela DAV, num prazo de cinco anos, o doente pode ter expresso a sua vontade antecipada consciente, livre e esclarecida de não ser submetido a tratamentos de suporte

artificial das funções vitais, a tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte. Da mesma forma que pode expressar a sua vontade de receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada (n.º 2, Artigo 2º, Lei n.º 25/2012 de 16 de julho). As DAV encontram-se registadas no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), registo ao qual o médico assistente do doente tem acesso. Quando um doente efetuou o registo da sua DAV no RENTEV, o médico assistente depois de aceder à sua DAV, deve anexa-la ao processo clínico do doente (Artigo 17º, Lei n.º 25/2012 de 16 de julho).

Por último, refleti também sobre o acesso e utilização da informação dos doentes, concluindo que este deve ser restrito à equipa indispensável ao processo terapêutico, ou seja, é a necessidade terapêutica que deve determinar o acesso à informação.

Nos termos da alínea b) e c) do Artigo 106º do CDE, os enfermeiros estão obrigados a guardar segredo profissional sobre o que tomam conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

“partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” e só podem “divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”. (Lei 156/2015, p. 8103)

Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente: situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal são confidenciais, podendo, no entanto, ser partilhada, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízo para terceiros.

Em suma, posso afirmar que na prestação de cuidados encarei a pessoa como um ser único, indivisível, compreendendo-a inserida na sua cultura, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e abstenho-me de juízos de valores; adotei uma postura de respeito pelo doente/família; tive a preocupação de evitar ao máximo a exposição corporal do doente, recorrendo ao uso de cortinas, biombos ou locais mais resguardados e durante as conversas

com o doente/família utilizei um tom de voz baixo, para evitar a escuta de outras pessoas e assim respeitei a confidencialidade das informações.

Assim sendo, considero que ao nível das competências **demonstrei capacidade de tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas, desenvolvi uma prática profissional responsável e com respeito pelos direitos humanos e promovi a autonomia do doente no processo de tomada de decisão.**

3.2 – Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades evocada no Plano Nacional de Saúde 2016-2020 (Direção Geral de Saúde, 2015) que implica um esforço diário para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; a utilização dos recursos seja eficiente; a prestação de cuidados seja equitativa, realizados no momento adequado e satisfaça os cidadãos correspondendo tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas de forma a melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil e da segurança e adequação com que esses cuidados são prestados.

No mesmo seguimento, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, implementou um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivo: saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Na perseguição deste objetivo tive em conta o pano de fundo em que iniciei este projeto, sendo a melhoria da qualidade a área preferencial onde centrei a minha atenção e sobre a qual pude observar, refletir e intervir no que respeita à segurança do doente. Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, inserido no (Despacho 1400 A-2015) a ocorrência de falhas de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está diretamente relacionada com nível de cultura de segurança existente e refere a importância

da identificação dos riscos, da sua avaliação e do desenvolvimento de medidas eficazes face aos riscos identificados.

No decorrer do meu estágio e dada a temática do meu investimento, encontrei algumas oportunidades de melhoria no que concerne à segurança do doente e melhoria da qualidade assistencial, e sobre as quais tive oportunidade de analisar e refletir junto da equipa. As áreas onde constatei essa realidade prenderam-se com prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, com a cultura de segurança do serviço/instituição de saúde, com a implementação de novos métodos de tratamento na assistência pré-hospitalar, e com o desenvolvimento de um plano de formação em serviço motivador e que vá de encontro às necessidades identificadas pelos colegas.

Apostar na qualidade é apostar num caminho que vai originar uma melhoria contínua no sistema de saúde, com ganhos a todos os níveis e para todos, nomeadamente nos utilizadores, unidades de saúde, entidades financiadoras, profissionais de saúde e no próprio sistema de saúde (Fernandes, 2012).

Uma das definições de qualidade nos cuidados de saúde, mais ampla e difusamente conhecida, é a que foi definida no documento do Institute of Medicine em 2001, e que operacionalizou o conceito de qualidade em seis dimensões: evitar que os doentes sejam lesados pelos cuidados que têm como objetivo ajudá-los (segurança/safety); evitar tanto o uso insuficiente como excessivo dos cuidados de saúde (efetividade/effectiveness); implementar cuidados que respeitem e tenham em conta as necessidades e preferências da pessoa (centralidade no doente/patient-centeredness); intervir junto dos doentes na altura certa (oportunidade/timeliness); evitar o desperdício (eficiência/efficiency) e proporcionar uma qualidade invariável (equidade/Equitability) (Lage & Sousa, 2013).

Do ponto de vista da Ordem dos Enfermeiros (2001), os padrões de qualidade consistem na tomada de decisão com base em evidência, ou seja, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, tendo em conta, os princípios humanistas, e tem presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que contribuiu para elevados níveis de satisfação dos doentes.

Esta reflexão sobre a prática para proporcionar cuidados de qualidade, também foi a minha linha orientadora no decorrer deste estágio, e procurei identificar práticas de qualidade e outras, que podem colocar em causa a segurança do doente e a continuidade dos cuidados.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são as responsáveis pelo maior número de mortes evitáveis em todo o mundo. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) em Portugal foram identificadas cerca de 9,8% de infeções nosocomiais e desde 2010 que a DGS

atualizou a sua orientação de boas práticas para a higiene das mãos nas unidades de saúde sendo que esta é uma das medidas mais simples na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde quando executadas corretamente.

A Administração Regional de Saúde do Norte (2013), por sua vez lança um Manual de Controlo de Infecção onde descreve as principais precauções no controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), que são: o uso das precauções básicas adaptados a cada procedimento, a higienização e o uso de luvas para procedimentos de risco de contacto com material contaminado e como método de barreira à flora das mãos do profissional de saúde, entre outras. Daqui se percebe que o uso de luvas é imprescindível, mas não pode ser confundido como uma segunda pele, nem substituir a desinfeção das mãos. Neste ponto sugeri que fosse colocado como imagem de fundo em todos os computadores do SU, o poster da DGS que relembra a importância higienização e desinfeção das mãos nos 5 momentos. (Anexo I)

O feedback que obtive por parte da equipa de enfermagem é que de facto esta imagem ter sido espalhada por toda a urgência aumentou a adesão dos profissionais a esta tão importante atividade para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Reportando-me ainda ao *estágio em SU*, no âmbito da qualidade, verifiquei que a sobrelotação dos espaços é um fator determinante para a diminuição da qualidade e segurança dos cuidados, aumenta a possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos, bem como, contribui para o aumento da taxa de infeções cruzadas, pelo incumprimento da distância mínima entre as camas dos doentes. A Organização Mundial de Saúde, refere que as IACS dificultam e atrasam o tratamento dos doentes, e também, contribuem para o consumo acrescido de recursos, sendo uma causa não desprezível da mortalidade e morbilidade (Direção Geral de Saúde, 2007).

Os enfermeiros EEMC devem desempenhar um papel fundamental no campo da prevenção e controlo da infeção hospitalar. O cumprimento de algumas normas, como atender à distribuição e alocação de doentes, à higiene das mãos, bem como, à utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória, e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, são medidas essenciais e recomendáveis para uma melhoria dos cuidados de saúde (Administração Regional de Saúde do Norte, 2013).

Uma outra oportunidade de melhoria que detetei, decorrente da observação dos cuidados e da minha permanência na sala de emergência, e que pode comprometer a segurança do doente está relacionada com transporte do doente crítico a nível inter-

hospitalar. Qualquer transporte pode traduzir-se numa grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico, e desenvolver complicações que devem ser previstas e prevenidas.

Apesar do elevado número de transportes inter-hospitalares, que o SU realiza (2149 doentes durante o ano de 2016, segundo o relatório de contas da instituição), não existe qualquer folha de registos para este procedimento. Perante esta realidade partilhei com a minha tutora a minha preocupação, e percebi que existia a sua necessidade. Decidi então construir uma norma baseada na evidência científica que justificasse a introdução de uma folha de registos de enfermagem.

Esta folha de registos de enfermagem pretende reunir numa única folha os registos relativos aos momentos pré transporte, peri transporte e final do transporte. Assim sendo a sua estrutura inicia com o preenchimento de algumas informações relativas ao motivo do transporte, identificação do doente e diagnóstico e também com um ponto que considero fundamental – a identificação do familiar que foi informado sobre a decisão de transportar o doente.

Os familiares do doente crítico vivem durante os momentos que o seu familiar está a ser alvo dos nossos cuidados, momentos que muitas vezes podem ser de extrema angústia pelo facto de não terem informações sobre o estado do mesmo. Os enfermeiros, tal como outros profissionais de saúde, sentem por vezes dificuldades na comunicação com os familiares e talvez por isso se refugiem nos cuidados e descurem um pouco essa vertente.

O simples ato de comunicar que o doente vai ser transferido porque necessita de cuidados diferenciados que não estão ao seu dispor no hospital de origem pode servir para, respeitando a privacidade do doente, transmitir informações muito importantes que acalmam o cuidador e fazem com que este comece desde logo a ser envolvido no processo de cuidar. O facto de ser necessário registar qual o familiar que foi informado vem por um lado relembrar que é necessário informar os familiares e por outro lado consolidar a folha de registos como meio de prova caso exista alguma intercorrência.

Em contacto com a equipa de enfermagem, verifiquei que a decisão de constituição das equipas que efetivam o transporte nem sempre é consensual, isto é, muitas vezes os enfermeiros fazendo uso da sua capacidade de observação e diagnóstico julgam que o transporte deveria ser acompanhado de médico e a sua opinião nem sempre é ouvida. Daí que, seguindo as guidelines existentes nesta temática, decidi incluir a check list criada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos em parceria com a Ordem dos Médicos e

reconhecida pela comunidade científica, que depois de preenchida dá um resultado que tem posteriormente correspondência com o nível de cuidados necessários durante o transporte.

Seguem-se depois os registos sobre o estado atual do doente, nomeadamente através do preenchimento do diagrama corporal, os registos dos fármacos administrados e a monitorização dos sinais vitais em gráfico que permite uma visualização sobre o estado do doente durante este período e identificar rapidamente situações problema que eventualmente possam ter ocorrido.

Por fim surge o registo de intercorrências que possam eventualmente ter sucedido e com a identificação da equipa que efetivou o transporte, com nome e número mecanográfico.

Uma das preocupações que tive na sua elaboração foi que a mesma seja concisa, para que o seu preenchimento não retire tempo para os cuidados a prestar ao doente (Apêndice I).

No que respeita aos registos no *contexto pré-hospitalar*, verifiquei algumas oportunidades de melhoria no sistema informático utilizado, denominado Integrated Clinical Ambulance REcord (I-Care®). Este sistema permite transmitir em tempo real a informação recolhida, para o CODU e para a unidade hospitalar, permite transmitir os dados do eletrocardiograma para o médico do CODU, de forma, a que este possa avaliar e validar ou não o protocolo da dor torácica, prescrevendo o tratamento farmacológico necessário à situação, possibilita a reunião de toda a informação da vítima e dos tempos decorridos desde o acionamento do meio até à chegada da vítima à unidade hospitalar, assim como, identifica ações corretivas, e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente aos aspetos a melhorar deste sistema informático, é de salientar, que quando surgem duas ativações seguidas, quando entra a segunda ativação não é possível continuar a preencher os dados da ficha anterior, ou quando, existe mais do que uma vítima não é possível realizar o registo informático de todas as vítimas, e a bateria do equipamento frequentemente encontra-se avariada. Todas estas falhas, são do conhecimento do INEM que está a avaliar as propostas de resolução dos problemas, sendo que, num futuro próximo, pretendem a compra de novos equipamentos.

A nível do meio VMER, os registos são efetuados através do verbete, pela parte médica, onde fica registada a avaliação primária e secundária da vítima, estado neurológico, a medicação administrada, as intervenções efetuadas e os resultados obtidos, o que a meu ver, é bastante redutor, uma vez que, o enfermeiro na VMER não faz qualquer registo das suas intervenções de enfermagem, e como tal, todas as observações, decisões, intervenções

e resultados, que traduzem o cuidar, não são registadas e consequentemente, a continuidade e a qualidade dos cuidados poderá ser comprometida.

A inexistência da análise das intervenções de enfermagem e do seu impacto, na evolução da pessoa em situação crítica, são uma condicionante que urge solucionar e uma preocupação partilhada com a equipa e com o tutor, aos quais sugeri a criação de um campo de registo das ações de enfermagem.

Ainda referente ao contexto da *assistência pré-hospitalar*, verifiquei que as vítimas de dispneia severa e / ou Edema Agudo do Pulmão (EAP) constituem um numero importante dentro da casuística dos vários meios do INEM, nomeadamente nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida. Embora já esteja protocolada a intervenção dos enfermeiros da SIV nestas situações o uso de Ventilação Não Invasiva (VNI) ainda não está contemplado. Em consonância com o Enfermeiro Coordenador da delegação Norte do INEM, verificou-se que a introdução da VNI poderia contribuir para uma melhoria assistência as vítimas de dispneia severa e / ou EAP.

Daí nasce um documento intitulado “A Ventilação Não Invasiva em contexto pré-hospitalar” que faz a revisão da literatura relacionada com esta temática e lança as bases para uma futura elaboração de um protocolo de atuação para os enfermeiros da SIV.

A evidência científica demonstra que a introdução da VNI no tratamento das dispneias e/ou EAP trazem ganhos em saúde nomeadamente, a diminuição da taxa de entubações endotraqueais; diminuição da taxa de mortalidade; diminuição do tempo médio do internamento dos doentes; diminuição dos custos associados ao tratamento.

Ou seja, o uso de VNI associado ao tratamento farmacológico permite um encurtamento do episódio de doença, diminuição da incapacidade temporária, aumento da funcionalidade física e psicossocial e, acima de tudo, redução do sofrimento e melhoria da qualidade de vida com menores custos (Apêndice II).

Durante a minha prática clínica na UCI, questionei os meus enfermeiros tutores acerca do levantamento das necessidades formativas da equipa, acerca da existência de um plano anual de formação e sobre a existência de algum projeto de investigação em curso no serviço. Desta forma, constatei que no período decorrente do meu estágio, o plano de formação anual do serviço para o ano de 2018 ainda não estava concretizado e ainda não tinha sido efetuado o levantamento das necessidades formativas da equipa.

A formação em serviço permite aos elementos da equipa de enfermagem a possibilidade de atualização e reflexão sobre a prática de enfermagem, bem como reflexão sobre oportunidades de melhoria e situações problema que emergem, para as quais a equipa

não está preparada para responder imediata e eficazmente. Anualmente, os enfermeiros, responsáveis pela formação, projetam um plano de formação em serviço, contando com a participação de toda a equipa de enfermagem na sugestão de temas a abordar e na identificação das necessidades formativas. Desta forma, estes enfermeiros responsáveis pela formação (enfermeiros EEMC) revelam um papel fulcral para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, analisando as necessidades de mudanças na prática, identificando os conteúdos a serem objeto de reflexão, e promovendo a utilização do conhecimento proveniente da formação em serviço

Evidentemente que necessidades formativas existem sempre em qualquer contexto da prática clínica, quer seja para implementação de um novo procedimento, quer seja para melhoria das atividades ou até mesmo para sustentação /reforço de informação.

Dada esta problemática, decidi desenvolver um trabalho, que me permitisse compreender as necessidades formativas da equipa e a sua motivação para a formação, o qual denominei de – A formação como pilar da melhoria da qualidade assistencial.

Iniciei este trabalho, com pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados, acerca da temática da formação em serviço. Esta pesquisa aliada ao suporte teórico relacionado com a técnica de entrevista e construção de questionários, lecionados na Unidade Curricular – Métodos de Investigação do curso de mestrado a frequentar, permitiu-me melhorar um instrumento de colheita de dados.

A melhoria deste instrumento foi importante no processo de desenvolvimento de competências, na medida em que me possibilitou refletir antes da ação, consciencializando-me das minhas dificuldades, à medida que construía um instrumento de colheita de dados personalizado.

Concluído o instrumento de colheita de dados, nomeadamente um Questionário, o início do processo de aplicação do questionário à equipa de enfermagem da UCI surgiu após a autorização e o consentimento da Enfermeira Chefe.

Posteriormente, optei por solicitar a participação voluntária e confidencial dos enfermeiros da UCI no seu preenchimento, para compreender a importância que a equipa atribui à formação em serviço e quais as temáticas que a mesma gostaria de ver abordada. Desta forma, os questionários foram enviados por email, de forma a conseguir reunir um maior número de enfermeiros.

A realização da pesquisa bibliográfica acerca do tema foi pertinente, o que me permitiu confrontar a documentação encontrada com os resultados obtidos através do preenchimento do questionário. Após a análise e interpretação dos resultados, estes indicam que os

enfermeiros da UCI conferem uma extrema importância à formação em serviço e manifestam o seu interesse em participar nela vendo-a como um vetor para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Nesse documento elaborado, faço ainda uma proposta de plano formativo para o ano de 2018, que foi apresentada aos responsáveis pela formação em serviço e à Enfermeira Chefe (Apêndice III).

Tendo em conta as atividades desenvolvidas considero adquiridas as seguintes competências: **proporcionei e mantive um ambiente terapêutico e seguro, assegurei uma prática baseada na evidência, maximizei a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante o doente crítico, procurei a excelência da prática de enfermagem e demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EEMC.**

3.3 – Domínio da Gestão dos cuidados.

No seio das organizações de saúde, o enfermeiro EEMC tem um papel decisivo no domínio da gestão dos cuidados quando adequa os recursos às necessidades, quando supervisiona e otimiza as respostas da equipa de enfermagem no sentido de promover a qualidade dos cuidados e até quando adequa os estilos de liderança por forma a melhorar as relações entre a equipa, com vista a atingir os objetivos institucionais.

A área de gestão de cuidados é crucial para a melhoria da evolução da prestação de cuidados de Enfermagem. O enfermeiro EEMC gere os cuidados, otimizando as respostas dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, adequando os recursos existentes às situações e contextos, de forma a garantir a segurança e promoção da qualidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Objetivo: Colaborar na gestão dos cuidados na área de EEMC, de recursos humanos e materiais.

A gestão de cuidados é um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar, suportar e coordenar os cuidados ao doente através do continuum dos serviços de saúde (Urden, Stacy, & Lough, 2008)

Neste âmbito importa abordar a metodologia de trabalho utilizado nos serviços. **No SU** o trabalho de enfermagem está organizado essencialmente à tarefa. O número de doentes

é com bastante frequência grande e as intervenções de enfermagem, são na sua grande maioria interdependentes. Quando uma prescrição médica é efetuada no sistema informático, qualquer um dos enfermeiros tem conhecimento da mesma, já que a mesma é impressa e colocada em local próprio previamente definido, e a sua execução vai sendo feito por ordem pelos enfermeiros responsáveis por aquele setor. Em situações que exijam prioridade a mesma é transmitida pela equipa médica à equipa de enfermagem.

Esta metodologia de trabalho permite executar um elevado número de intervenções num curto período de tempo, o que é essencial quando há uma elevada carga de trabalho, motivada pela existência de muitos doentes por setor. No entanto, origina que cada membro da equipa esteja mais afeto a tarefas do que a doentes, o que torna vulgar a fragmentação dos cuidados. O enfoque é a execução das prescrições, levando a enfermagem à tarefa a ser descrita como método de atendimento tipo linha de montagem, no qual o enfermeiro não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas tão somente pela concretização de tarefas atomizadas, que lhe requerem, no essencial, competências de natureza executiva (Costa J. , 2004).

O facto de não haver uma clara definição de quem assume a responsabilidade final pelo doente, não parece ser uma estratégia de trabalho adequada, principalmente nos tempos mais recentes, em que cada vez mais, é debatida a temática da humanização dos SU.

A personalização e individualização dos cuidados e o atendimento com qualidade, poderá ser colocado em causa, uma vez que, não avaliando o doente como um todo, a identificação de fenómenos de enfermagem que careçam de intervenção é dificultada, quer sejam estas dirigidas ao indivíduo, quer sejam dirigidas às pessoas significativas que acompanham o doente.

Outro dos focos da minha atenção foram a gestão do material e a gestão dos cuidados de enfermagem. O plano de trabalho no SU contempla a nomeação de um responsável de turno. Esse enfermeiro está ainda responsável pelo apoio em 2ª linha à sala de emergência e pela verificação da check list do material da mesma.

Em conjunto com a enfermeira tutora EEMC, foram vários os momentos em que tive a oportunidade de assumir essa responsabilidade. Assim, previamente ao contacto com situações emergentes, tive a possibilidade de conhecer o equipamento existente para a permeabilização da via aérea e ventilação, o equipamento e material de monitorização, o material e fármacos do carro de emergência, a mala de transporte e o armário do material clínico, através da check-list realizada uma vez por turno, para a verificação da operacionalidade da sala de emergência e para a reposição do material em falta.

Os fármacos estão colocados em dispensadores automáticos, sendo a sua reposição realizada pelo método de reposição por níveis.

Como responsável de turno em conjunto com a enfermeira tutora EEMC, tive a possibilidade de participar na supervisão dos cuidados, atualizar o plano de trabalho dos enfermeiros e dos assistentes operacionais nas diversas valências, realizar pedidos para que fossem efetuadas as reparações de anomalias/avarias, comunicar ao enfermeiro chefe, por escrito, as avarias detetadas ou faltas de material de consumo clínico e farmacêutico, verificar e registar quantidades de estupefacientes conforme procedimento do serviço e tomar decisões referente a situações de emergência e segurança de pessoas e bens. De uma forma geral colaborei, na liderança da equipa, nomeadamente, na gestão de conflitos, no apelo à produtividade, na motivação/satisfação dos profissionais e na valorização dos cuidados de qualidade.

O facto de o Enfermeiro Chefe delegar muitas funções nos enfermeiros responsáveis, contribui significativamente para a promoção da melhoria dos cuidados, na medida em que estes funcionam como líderes intermédios.

Na *assistência pré-hospitalar* verifiquei que apesar de existirem regras padrão, provindas do INEM sobretudo no que concerne à carga e equipamentos das SIV e das VMER, cada equipa adotou e organizou as suas malas indo de encontro à sua realidade.

A existência de check-list's tornou possível a perceção da organização dos materiais, permitindo a verificação de todo o material existente nas mochilas de primeira abordagem, desde material de permeabilização da via aérea, material para colocação de acessos vasculares, soros, máquina para avaliação de glicémia capilar, caixa com fármacos, assim como a localização e funcionamento dos equipamentos, nomeadamente o monitor desfibrilhador Lifepack.

Após cada ativação, se não formos ativados para outra situação de emergência, ao regressar à base é reposto todo o material gasto durante aquela saída, desta forma fica garantida uma boa gestão dos materiais, mantendo sempre os níveis pré-definidos.

No caso das SIV e das VMER, por realizarem um trabalho maioritariamente no exterior, o pedido de consumíveis, fármacos e reposição de stock, é sempre da responsabilidade dos seus profissionais, já que, não existem elementos a tempo inteiro para a sua gestão e organização. Existem vários impressos, dos quais saliento o “plano semanal de tarefas” e o “plano mensal de tarefas”, onde estão descritas as diferentes atividades a desenvolver, por dia e por turno.

Existe também um livro de ocorrências para registar as atividades não realizadas, assim como o motivo da sua não realização.

Os registos nos meios INEM são efetuados no sistema informático ICare (Integrated Clinical Ambulance Record), que permite um atendimento mais rápido visto que a informação do evento é enviada automaticamente do Centro de Orientação de Doentes Urgentes e atualizada em tempo real. Nas ambulâncias SIV os registos dizem respeito à avaliação da vítima, história atual e antecedentes patológicos, medicação habitual e parâmetros vitais. Para além destes registos, está também disponível a possibilidade de indicar os protocolos SIV ativados, medicação administrada e realização de ECG que permite transmitir por telemetria ao médico do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para avaliação.

No meio VMER, os registos são efetuados através do verbete, apesar de o Tablet com o programa informático já se encontrar disponível nas bases. Neste meio, os registos são efetuados pelo médico, onde fica registada a avaliação primária e secundária da vítima, a medicação administrada, as intervenções efetuadas e os resultados obtidos.

Após este registo é contactado o Centro de Orientação de Doentes Urgentes e são passados os dados sobre o estado clínico da vítima. Do CODU, parte a indicação para os meios sobre o hospital de destino, e em casos mais graves contacta os hospitais, de modo a que a equipa da unidade de destino esteja preparada para a chegada da vítima, reduzindo o tempo de atendimento.

Relativamente aos recursos humanos e à logística, diferem de meio para meio. Nas SIV que não estão integradas, os enfermeiros pertencem ao INEM e o material é fornecido pela logística do INEM. Nas SIV integradas, o material é fornecido pelo hospital em que o meio se encontra integrado. A nível dos recursos humanos, existem enfermeiros que pertencem ao INEM, e os restantes são profissionais da instituição hospitalar onde as SIV se encontram integradas.

Na **UCI** o método de cuidados implementado era o método individual, em que o enfermeiro assume a responsabilidade de todo o processo de cuidados, individualizando-o. Este método exige mais responsabilidade e conhecimento, mas garante a continuidade e a qualidade nos cuidados prestados, criando uma maior satisfação no doente e nos profissionais.

A constante preocupação na racionalização dos custos tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de

enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter.

A gestão é, pois, um domínio da área de competência do enfermeiro com EEMC, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados. Uma das atividades desenvolvidas no estágio na UCI, foi a realização de uma entrevista informal à Enfermeira Chefe, cujos objetivos era perceber as atividades desenvolvidas diariamente no âmbito da gestão, de recursos materiais e humanos, e qual a complexidade das mesmas, perceber as estratégias que utilizava para motivar e estimular os enfermeiros na constituição de grupos de trabalho de pesquisa e elaboração de normas de atuação, perceber o tipo de liderança adotada e quais as maiores dificuldades sentidas na gestão e finalmente, compreender o processo de articulação com os outros profissionais e com o Enfermeiro Diretor.

A Liderança pode caracterizar-se, essencialmente em três tipos: *Autocrática*, ou seja, focada no líder que mantém um forte controlo sobre o grupo e tomada de decisão; *Democrática*, caracterizada pela participação de todos os membros do grupo na tomada de decisão e no estabelecimento de objetivos; e por último, *Liberal*, na qual o líder assume uma atitude passiva e não diretiva, onde as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder (Pinto, Rodrigues, Rodrigues, Moreira, & Melo, 2006).

Perante a possibilidade dos distintos tipos de liderança serem adotados pelos líderes de equipas, não existe literatura que defenda a adoção de um tipo de liderança em detrimento de outro. Os diferentes tipos de liderança possuem vantagens e desvantagens. Pelo que, um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias encontradas, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas.

Perante a experiência na área de gestão na UCI, posso inferir que a área de gestão de cuidados é uma área complexa, que exige experiência, criatividade e reflexão contínua, sem a qual não é possível prestar cuidados com rigor, qualidade e sucesso.

Todas as organizações, independentemente do seu ramo de atividade, desde as industriais às prestadoras de serviços, como é o caso do hospital, necessitam da gestão. Esta gestão deve ser adequada aos objetivos propostos pela organização, no sentido de maior eficiência e melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o fator económico (Chiavenato, 2003). Neste sentido, a administração é definida como um fenómeno universal, em que cada organização requer a tomada de decisões, a coordenação de várias atividades, a liderança de pessoas, a avaliação do desempenho dirigido a objetivos previamente determinados, a obtenção e alocação de diferentes recursos (Chiavenato, 2003).

Gerir é coordenar as atividades das pessoas e os recursos de uma organização (ou de uma parte) para definir e prosseguir os objetivos. (Pinto, Rodrigues, Rodrigues, Moreira, & Melo, 2006).

Com a constante mudança da tecnologia e do mercado de trabalho, os enfermeiros, nomeadamente o enfermeiro EEMC reflete sobre o seu papel de liderança na equipa de enfermagem pertencente a uma unidade hospitalar. As exigências da atualidade solicitam um novo perfil do profissional de enfermagem EEMC, com novos conhecimentos, habilidades e atitudes. A este cabe o papel de orientar relacionamentos, gerir conflitos, construir equipas, negociar com os elementos das equipas, ligar as tarefas individuais/grupais específicas aos objetivos institucionais, entre tantas outras habilidades. Para a concretização deste papel, o enfermeiro gestor EEMC, desenvolve o seu autoconhecimento sobre custos, políticas de saúde, legislação e análise do ambiente, fomenta a sua capacidade de planeamento, estratégia e sistematização da assistência de enfermagem, e revela uma postura de atitude e integridade, de abertura a mudanças, flexibilidade, ética, sociabilidade e trabalho em equipa.

A função de gestão desempenhada pelo enfermeiro EEMC nos serviços de saúde deve contemplar aspetos da prestação de cuidados, mas também aspetos pedagógicos, técnico-científicos e políticos, bem como aqueles que dizem respeito às relações interpessoais, visando o planeamento de uma prestação de cuidados integral, prestada de forma segura e livre de riscos ao indivíduo e à comunidade (Spagnol, 2005).

Outro dos focos do meu desenvolvimento profissional foi a gestão e prestação de cuidados pela aplicação do Processo de Enfermagem.

O processo de enfermagem e a respetiva aplicação no plano de cuidados de enfermagem é fundamental em qualquer área de intervenção do enfermeiro EEMC, enquanto profissional altamente qualificado e com um campo de intervenção próprio.

A equipa de enfermagem da UCI, inserida numa equipa multidisciplinar, demonstra preocupação, dedicação e trabalho na uniformização dos cuidados prestados, com a constante atualização das normas e protocolos de serviço já existentes, bem como com a realização de novos protocolos e ações de formação.

Assim, poder-se-á afirmar que a UCI vai de encontro às Recomendações para o Desenvolvimento dos Cuidados Intensivos do Ministério da Saúde, e é provido de quadros próprios de equipas (enfermagem e médicas) funcionalmente dedicadas, de assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas e dispõe de medidas de controlo contínuo

de qualidade e de programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministerio da Saude, 2013).

Diariamente a equipa multidisciplinar na UCI é organizada de acordo com as funções a desempenharem no seu período de trabalho. De acordo com (Campos, 2006) o cálculo da dotação segura de enfermeiros deve ter em conta o número de doentes, as necessidades individuais, a intensidade dos cuidados, entre outros.

O rácio na UCI é de 1:2 tal como preconizado pela literatura para este tipo de doentes.

O enfermeiro responsável de turno, tem como responsabilidade supervisionar e coordenar a equipa de enfermagem, efetuar pedidos de reposição de material e produtos farmacológicos, providenciar a substituição de recursos humanos em situações excecionais de ausência, registar as ocorrências do turno no livro de ocorrências, supervisionar e conferir o registo e manutenção de estupefacientes e antibióticos e entre outras, testar a operacionalidade do carro de emergência da UCI.

A implementação do processo de enfermagem, no decorrer do Estágio em EMC, foi efetuado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Pela aplicação do processo de enfermagem, mobilizei o conhecimento adquirido de forma a identificar problemas existentes no doente, estabeleci diagnósticos perante as situações, para os quais planeei e implementei intervenções de enfermagem adequadas, e posteriormente efetuei uma nova avaliação do doente, de forma a avaliar os resultados e a eficácia obtida.

Na UCI, o Processo de Enfermagem, foi muitas vezes aplicado e executado mentalmente, devido à necessidade de uma resposta rápida, adequada e eficaz sobre situações de instabilidade e imprevisibilidade da pessoa em situação crítica.

No percurso desenvolvido ao longo do Estágio em EMC estabeleci, progressivamente, relações com as equipas multi e interdisciplinares de forma construtiva, coesa e firme. No trabalho desenvolvido neste percurso, promovi excelentes relações interpessoais, com as equipas, nomeadamente as equipas de enfermagem, o que me ajudou e estimulou ao bom desempenho. Na prestação de cuidados especializados de enfermagem é fundamental o trabalho em equipa, para obter benefício dos mesmos e constituir ganhos em saúde. Como refere (Silva, 2007) a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, por isso, melhora a qualidade dos cuidados de saúde. O trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para todos os profissionais e é considerado como uma experiência no campo da saúde suscetível de afetar positivamente, tanto a satisfação dos doentes, como profissionais (Chaves, 2009).

Posto isto julgo ser importante destacar que , a nível das competências adquiridas no domínio da gestão dos cuidados, **demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de gestão em EEMC; realizei a gestão dos cuidados na área da EEMC; liderei equipas de prestação de cuidados; colaborei na definição de recursos adequados para a segurança na prestação de cuidados; demonstrei consciência crítica para os problemas da prática atual; demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; geri respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional e participei na construção da tomada de decisão em equipa.**

3.4 – Domínio das aprendizagens profissionais.

Em virtude da complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias ao doente em situação crítica e em fim de vida e à sua família, o enfermeiro EEMC na perspetiva de dar uma resposta em tempo útil e de forma holística, mobiliza uma multiplicidade de conhecimentos e habilidades. Pela necessidade constante de atualizações, para uma prática caracterizada pela qualidade e segurança, justifica-se a importância do desenvolvimento de aprendizagens profissionais para a excelência do Cuidar. Esta afirmação vai de encontro ao exposto na alínea a) do artigo 109º do CDE (Lei 156/2015) de 16 de setembro, em que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e a “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. (alínea c) do mesmo artigo).

Perante esta premissa, foram estabelecidos objetivos e desenvolvidas atividades, as quais passo a apresentar.

Objetivo: Integrar a equipa multidisciplinar de saúde e participar ativamente nas atividades com dinamismo, responsabilidade e profissionalismo, desenvolvendo ao mesmo tempo o espírito de equipa e uma relação comunicacional e profissional adequadas.

A integração consiste num processo sistemático orientado para a introdução estruturada e bem definida do elemento recém-chegado à instituição, a fim de facilitar, no mais curto espaço de tempo, a sua adaptação para melhor atingir os objetivos pessoais e organizacionais (Loureiro, 2002).

O doente crítico exige do enfermeiro cuidados de enfermagem rigorosos, intensos e vigilantes, uma vez que um minuto de descuido pode representar uma série de danos para o organismo, que se não forem atempadamente revertidos poderão mesmo causar a sua morte.

No sentido de desenvolver a minha prática, ao doente crítico, comecei por interiorizar, progressivamente, as normas de atuação preconizadas pelos serviços, por observar a atuação dos outros Enfermeiros, em especial a dos meus Tutores, pesquisar bibliografia científica recente e dialogar com os elementos da equipa acerca da prestação de cuidados ao doente crítico, com vista a aperfeiçoar os aspetos em que sentia mais dificuldades.

No que respeita à colaboração na prática dos cuidados, esse processo foi facilitado pela minha experiência profissional anterior neste contexto, no entanto, procurei que estes módulos de estágio fossem um momento de partilha de conhecimentos e práticas. Cada pessoa carrega consigo uma existência distinta, uma história própria, experiências, saberes e vivências que devem ser partilhadas.

Esta partilha no seio das equipas foi fundamental para um crescimento harmonioso, quer pessoal quer profissional, e para o aperfeiçoar de competências. A identificação de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, de acordo com as competências do enfermeiro EEMC, foi uma realidade.

A observação, a colaboração e a participação nas intervenções diárias dos enfermeiros tutores, no cuidar sistematizado e de qualidade, de acordo com as necessidades mais prementes do doente, foram a forma de concretizar esta atividade.

Outro aspeto que gostaria de referir foi o facto dos tutores adotarem sempre uma dinâmica pedagógica, baseada na evidência científica onde é perfeitamente possível e viável a existência de várias perspetivas para uma mesma prática. Através do reconhecimento desta variedade de perspetivas sobre os problemas de saúde identificados produzi sempre um discurso pessoal fundamentado, refleti de forma autónoma na e sobre a prática e a teoria e enriqueci o meu processo de aprendizagem.

No SU tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em todas as áreas do SU, sendo que a sala de emergência foi um dos setores que mais me cativou, pela incerteza do processo de doença dos doentes admitidos, pela nossa deteção e atuação rápida, no tratamento de lesões que provocam influência nas funções vitais, colocando a vida daquela

pessoa em perigo. Esta sala é uma zona vital do SU em qualquer hospital, obrigando a existência de equipas, bem treinadas na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta pronta, eficaz, coordenada e sincronizada, para que as intervenções terapêuticas se possam traduzir em vidas recuperadas (Ferreira, et al., 2008).

Na área da triagem, colaborei com a enfermeira tutora na triagem dos doentes, incorporei as queixas do doente no melhor fluxograma, percebi as principais dificuldades sentidas neste processo e refleti sobre os conhecimentos, competências e responsabilidades do enfermeiro nesta área. Neste processo é essencial avaliar o doente, colher dados objetivos e estabelecer prioridades, pelo que, uma boa capacidade de comunicação, de interpretação, de decisão e de liderança é fundamental.

A triagem de doentes abarca todas as vertentes técnicas, científicas e relacionais o que pressupõe que o enfermeiro da triagem seja um enfermeiro com competências especializadas. A triagem realizada por enfermeiros EEMC contribui para aumentar a humanização do acolhimento do doente e família, permite estabelecer uma boa relação entre o enfermeiro e o doente, podendo deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência do doente e família, contribui para dignificar a imagem de enfermagem, e permite uma observação imediata do doente com risco de vida, levando em alguns casos à necessidade de realizar uma “retriagem”, caso as circunstâncias se tenham alterado.

Na assistência pré-hospitalar antes de qualquer abordagem, uma das minhas prioridades era verificar se havia condições de segurança para a vítima e para a equipa, de seguida colaborava na avaliação sistemática e metódica da pessoa, segundo o método ABCDE, de modo a identificar se existia risco imediato à sua vida, e posteriormente auxiliava na sua estabilização e nos cuidados necessários.

Neste módulo de estágio tive também oportunidade de participar ativamente na monitorização e estabilização da vítima, de colaborar com o médico e administrar medicação necessária ao doente, durante o transporte para o hospital, e de cooperar com a equipa na extração e imobilização das vítimas. Conjuntamente, participei em pequenos briefings com os profissionais de forma a refletirmos sobre a nossa atuação e discutir estratégias de melhoramento. Relativamente à minha passagem pelo CODU, assisti ao atendimento de várias chamadas com prioridades do tipo P1, P3, P5 e P8 e chamadas de transmissão de dados. Foi muito interessante a perceção da dificuldade de triar situações, e dar indicações para auxílio. Foi notória a falta de conhecimentos dos cidadãos, relativamente aos objetivos

de ajuda com uma chamada 112 e os dados importantes a fornecer. Tendo este fator em consideração, seria pertinente fornecer à população geral informação clara sobre a forma de notificar uma ocorrência ao ligar 112, através de campanhas de sensibilização na televisão, e também, através da divulgação pelos próprios profissionais de saúde aos seus familiares e amigos.

Da análise dos cuidados prestados na UCI tenho de destacar o facto de grande parte dos enfermeiros contrariarem aquela imagem de tecnicismo e mecanicismo criada à volta do doente crítico, e evidenciarem a humanização e a dedicação na relação humana, no toque terapêutico, na manutenção do diálogo com um doente que está sedado e analgesiado, bem como, no cuidado e atenção dedicados às pessoas significativas e família.

A humanização na enfermagem é falar do seu instrumento de trabalho: o cuidado, que se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência se constitui numa atitude humanizada. Assim, cuidar é utilizar a própria humanidade para assistir o outro, como um ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente e com o seu espírito, dotados de dignidade, a serem cuidados na totalidade (Corbani, Brêtas, & Matheus, 2009).

Objetivo: demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

Comunicar, segundo (Gonçalves & Zigue, 2010, p. 18) *“faz parte de algo intrínseco ao Homem, em si mesmo e no seu processo de socialização, assumindo-se mesmo como uma necessidade humana”*.

A Comunicação é certamente considerada um dos principais instrumentos a desenvolver pelo enfermeiro EEMC. Dado que esta é utilizada como instrumento de colheita de dados importante para diagnosticar os problemas do doente e família e como instrumento terapêutico para a resolução de muitas necessidades sentidas pelos doentes e sua família.

A comunicação representa um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. De maneira consciente ou inconsciente, a comunicação é transmitida de forma verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos interlocutores. Por intermédio da comunicação apreendem-se e compreendem-se as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e a criam-se laços significativos (Phaneuf, 2005).

No **módulo I – SU**, o êxito da abordagem ao doente que recorre ao serviço é, em grande parte, devido à capacidade do enfermeiro EEMC desenvolver habilidades de comunicação que efetivem um cuidar, com vista ao relacionamento interpessoal. A comunicação eficaz em ambiente hospitalar permite um cuidar autêntico ao paciente, e não um simples tratar, uma vez que permite a este exteriorizar as suas necessidades na busca de soluções, com ênfase na sua individualidade, promovendo um relacionamento interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização (Morais, Costa, Fontes, & Carneiro, 2009).

No dia-a-dia do SU, cruzam-se várias situações de ansiedade, sofrimento e luto, para as quais exercer uma prática comunicacional baseada numa relação de ajuda traduz um verdadeiro veículo para o estabelecimento de uma relação de confiança. O gabinete de triagem é o local onde se inicia o processo da prestação de cuidados, do meu ponto de vista, este local exige por parte do enfermeiro EEMC domínio sobre o papel da comunicação, que pretendo destacar neste relatório.

De acordo com (Goransson, Enfhors, Fonteyn, & Ehrenberg, 2008), a triagem no SU é o ponto de início do processo de prestação de cuidados no hospital e define-se como um procedimento sistemático e dinâmico de tomada de decisão priorizando os cuidados de saúde a prestar. Desta forma, entendo que o domínio de técnicas de comunicação é essencial à tomada de decisão do enfermeiro EEMC, que lhe permita colocar o doente certo no local correto, com vista a receber o nível adequado de cuidados de encontro à satisfação das suas necessidades.

O enfermeiro tem um papel importante neste primeiro acolhimento, na medida em que é o primeiro profissional que o doente e o seu acompanhante encontram à chegada da urgência. Neste contexto, no prosseguimento do espírito crítico-reflexivo adotado, acho pertinente debruçar-me sobre o papel desenvolvido pelo enfermeiro EEMC na triagem.

O doente com que se depara um enfermeiro a prestar cuidados na área de triagem é um doente que apresenta elevada instabilidade, física e psicológica, dada a situação clínica pela qual recorre ao SU. No desempenho de um papel eficiente, este contacto exige ao enfermeiro um saber inato para comunicar de forma clara e adequada com o doente e/ou acompanhante nas diversas situações, mas também grande aptidão para interpretar os dados da avaliação inicial e capacidade de organização para responder às múltiplas necessidades e solicitações dos doentes. Assim, apercebi-me que o verdadeiro desafio que se coloca ao enfermeiro da triagem não consiste em encaminhar os doentes cujo estado crítico é visível, mas reside em identificar pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se rapidamente, se não se intervir de forma rápida e adequada, avaliando e mobilizando toda a ajuda possível.

Com o decorrer dos turnos realizados no SU, pude constatar que classificar os doentes de acordo com a prioridade e urgência da sua situação clínica/crítica, torna-se uma tarefa difícil, não só pela exigência de capacidade de triagem na seleção de queixas chaves e fundamentais para a definição de um discriminador / algoritmo, mas pela gestão de conflitos e tensão emocional gerada e/ou já existentes no momento da admissão ao SU. Na triagem a gestão de conflitos e tensão emocional ganham particular expressão em situações em que os doentes e acompanhantes geram protestos pelo tempo de espera e pelo grau de gravidade onde se classificam ou até mesmo em situações de angústia de quem vê entrar um familiar na sala de emergência.

Considero que a triagem é um dos postos mais desgastantes para a equipa de enfermagem do SU e que adotar uma atitude calma, objetiva, assertiva, de clarificação e consideração são uma mais-valia na aquisição de competências de comunicação transversais ao processo de triagem.

Através da escuta tentei perceber as queixas e os motivos que levaram determinado doente a recorrer ao SU. No decorrer da prática clínica pude em parceria com a enfermeira tutora EEMC, orientar, clarificar muitas dúvidas dos doentes, respeitando sentimentos e fragilidades, mas de forma a focalizar e orientar para o problema que o trouxe.

A *assistência pré-hospitalar* caracteriza-se por um ambiente complicado e muito acelerado, em que a ansiedade do doente aumenta, muitas das vezes, a perceção da dor e torna o seu tratamento mais difícil. A vítima enfrenta o medo do desconhecido e da gravidade da sua própria situação clínica e a família experimenta o stresse da chegada de auxílio dos meios INEM, o mais rapidamente possível.

Após a ativação dos meios INEM, as equipas invadem o domicílio das vítimas e abordam-nas com a maior brevidade possível, tendo em vista não agravar o seu prognóstico, dado que cada minuto que passa pode reduzir a sua probabilidade de sobrevivência. No entanto, o stresse que a própria equipa enfrenta não deve ser pretexto para descurar os aspetos relacionais do cuidar.

Ao longo do estágio na assistência pré-hospitalar, tentei sempre adotar uma postura de abertura para o diálogo e esclarecimento de dúvidas para com a vítima, seus familiares e amigos. Tentei também, juntamente com a equipa multidisciplinar, ter um papel de educadores para a saúde à população, não só no sentido de os responsabilizar pela identificação de sinais e sintomas preditivos de uma situação de risco, e imediato pedido de ajuda, mas também, na tentativa de estes se aperceberem que a presença no local de um meio inadequadamente diferenciado para a situação, poderá colocar em causa o socorro não só

daquela pessoa, como de outras, para as quais aquela equipa naquele momento não está disponível para socorrer.

Nas UCI existem muitos doentes com a expressão verbal afetada devido a barreiras comunicacionais tais como entubação endotraqueal, traqueostomia, estados comatosos, entre outros, tornando a comunicação não verbal um meio de comunicação fulcral.

No entender de (Urden, Stacy, & Lough, 2008), um dos principais fatores de stresse para o doente com uma via aérea artificial consiste no compromisso da comunicação devido à incapacidade em falar, às explicações insuficientes por parte dos profissionais de saúde, à compreensão inadequada, ao receio em não conseguir expressar-se e às dificuldades associadas à utilização de outros meios de comunicação que não a verbal.

Nestes termos, facilmente se entende a comunicação como *“uma competência importante para o cuidar em Enfermagem, que se adquire na e pela prática”*, e que envolve *“o desenvolvimento de capacidades criativas, porque admite uma grande diversidade de formas de comunicar, até diríamos virtualmente inesgotáveis”* (Sá & Machado, 2006, p. 30).

Relativamente aos doentes com alterações do estado de consciência, estes apresentavam diversos tipos de comportamento que variavam desde a agitação e confusão até à letargia, prostração e ausência de reatividade à estimulação verbal ou dolorosa, segundo o tipo e a localização das lesões que apresentavam. Neste contexto, verifiquei que a comunicação verbal estabelecida com estes doentes, aparentemente inútil e incompreensível, suscitava com frequência pequenas, por vezes quase impercetíveis, alterações no seu comportamento. Na UCI, no que diz respeito ao grau de inconsciência dos doentes em coma e à ausência de feedback por parte dos mesmos, os profissionais de saúde tratam e cuidam como se estes os ouvissem e compreendessem.

Apesar das várias opiniões acerca do tema, existem relatos de casos de doentes em estado de coma profundo que referiram ouvir aqueles que os rodeavam. Seguindo esta linha de pensamento, procurei dirigir sempre ao doente, a quem prestava cuidados, algumas palavras recorrendo a frases simples, neutras, apelativas ou encorajadoras, localizá-lo no tempo e no espaço, explicar-lhe todos os cuidados prestados e interagir com ele, mesmo quando a sua resposta se resumia a um olhar obnubilado e distante.

De facto, as competências técnicas são de grande relevância para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, mas não de importância exclusiva. O mundo das relações, dos pequenos gestos não pode de modo algum ser esquecido e é ele que, muitas das vezes, faz a diferença no tipo de cuidados prestado. Neste âmbito, o módulo de cuidados intensivos representou para o meu percurso profissional a solidificação das competências

comunicacionais, já adquiridas através da experiência profissional, com o recurso a outras técnicas de comunicação não verbal e com doentes com outro tipo de necessidades comunicacionais.

No primeiro dia deste módulo de estágio deparei-me com uma situação que me despertou a atenção e me marcou intensamente sendo que ao mesmo tempo me motivou no sentido de melhorar as minhas competências comunicacionais. Na passagem de turno, foi transmitida a informação de que aquele doente estaria em morte cerebral e que durante a tarde iniciaria provas de morte cerebral. Esse doente cujo nome nem eu, nem os enfermeiros daquela UCI esqueceremos, na faixa etária dos 30 anos estava já internado há vários dias e o seu estado foi se agravando até este diagnóstico.

Depois de realizados os testes de morte cerebral por parte de dois especialistas (neurocirurgia e anestesia) e confirmado o diagnóstico foi necessário comunicar a má notícia aos familiares. Lembro-me da dificuldade que ainda estava a ter para gerir todos os meus sentimentos e ao mesmo tempo já estar ao lado da minha tutora junto dos familiares.

Segundo Morrison (2001), cabe ao Enfermeiro numa UCI prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao doente, mas também dar apoio, confortar e informar a família do doente. Côrte-Real (2007) entende que o “internamento numa UCI é um acontecimento muito difícil e significativo na dinâmica familiar”.

Os familiares deste doente revelavam nos primeiros momentos uma revolta com a situação, normal para situações como esta, mas a intervenção da minha tutora é uns dos maiores ensinamentos que levo durante este percurso.

A sua capacidade comunicacional permitiu que tivesse sempre o controlo da situação, soubesse respeitar os momentos de isolamento, que tivesse a palavra certa para dar no momento certo. Ser enfermeiro em cuidados intensivos é também ser mestre na arte da comunicação de más notícias.

A comunicação de más notícias é uma realidade inalterável no quotidiano dos enfermeiros, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas que envolve muitos sentimentos e emoções. Esta requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa e o enfermeiro EEMC deve responder adequada e honestamente, comunicando com linguagem simples, não banalizando o momento e não retirando a esperança (Pereira, 2008).

O modo como se comunicam os diagnósticos e tratamentos à pessoa e família influencia decisivamente a forma como estes vão reagir a ambos. A primeira etapa é a preparação e escolha do local adequado – as más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupções por terceiros e poderá ser útil a pessoa não estar sozinha; a segunda etapa é perceber o que é que a pessoa já sabe - o profissional pede à pessoa que lhe descreva o que está acontecer, assim apercebe-se qual o seu nível de conhecimentos ou se falou com outro técnico; a terceira etapa é saber o que é que a pessoa quer saber – o profissional pesquisa até que ponto a pessoa quer ter conhecimentos acerca da situação-problema, ou seja, apercebe-se se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde; a quarta etapa é dar a notícia – o profissional chama a atenção da pessoa com um aviso prévio, posteriormente dá a informação sem eufemismos e frases longas e de interpretação menos clara; a quinta etapa é responder às emoções e às perguntas do doente – o medo e a angústia são dois dos sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia, que algumas vezes são traduzidas em raiva contra o técnico. É importante demonstrar apoio e compreensão (toque), o choro e o silêncio devem ser respeitados. Respostas simples, dadas com clareza, direta e honestamente; e por último propor plano de acompanhamento – fornecer plano de ação de futuro (Pereira, 2005).

A receção de uma má notícia é vivenciada por cada pessoa de maneira diferente. A família encontra-se cheia de expectativas, mesmo no doente sem vida de relação. Não esperam ouvir falar de morte nem de maus prognósticos, encontram-se inundados com a expectativa de receber boas notícias, ignorando a mensagem que o prognóstico poderá ser desfavorável (Sheehy, 2010).

Recordo também o caso de um pai de um jovem de 20 anos vítima de acidente de viação com traumatismo crânio-encefálico grave, admitido na UCI num contexto de pós-operatório imediato de craniotomia descompressiva. O pai entrou para a visita e o no seu olhar via-se o quanto estava perdido na dificuldade de lidar com todos os pensamentos e medos que o assolavam naquele momento.

Para Côte-Real (2007), o contacto com o ambiente da UCI, sem a preparação e o acolhimento devidos, pode traduzir-se numa experiência muito difícil para a família, surgindo o medo de aproximação do doente, do receio em tocar ou mesmo em falar-lhe.

De facto, era o que acontecia com aquele pai. Ao abordá-lo questionei-o acerca dos seus medos perante aquela situação de internamento do filho, ao que o mesmo me respondeu estar assustado e que o filho não sentia a sua presença. Perante isto, expliquei-lhe que aquela panóplia de equipamentos, cabos, monitores e fios tinham uma finalidade no tratamento do

seu filho e perguntei-lhe se ele já tinha tentado falar com ele, tocar-lhe e dizer-lhe que estava ali. Expliquei-lhe a importância da estimulação pela voz e pelo tato. Esclareci as suas dúvidas e no final guardo o abraço que me deu e o seu “obrigado enfermeiro por tudo o que estão a fazer, por ele e por mim”.

Num contexto onde estão presentes muitos medos, ansiedades, incertezas e inseguranças, onde muitas vidas se ganham, se transformam e mudam radicalmente, onde os enfermeiros têm de conseguir lidar com todos estes sentimentos humanos, e ajudar nas readaptações de vários contextos de vida, compreendi que ser enfermeiro EEMC passa por ter atitudes, que permitam utilizar ao máximo e melhor os saberes adquiridos, para poder cuidar com qualidade.

Objetivo: Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre situações clínicas complexas, técnicas, fármacos, instalações, equipamentos e intervenções características de cada local de estágio, para a assistência ao doente em situação crítica e em fim de vida.

Ao longo da prática clínica tive sempre presente o desenvolvimento do conhecimento através de pesquisas em bases de dados, repositórios, manuais, material das aulas lecionadas, bem como da troca de experiências e partilha de informação com os enfermeiros tutores EEMC.

No *Serviço de urgência*, os doentes apresentam essencialmente patologias do foro cardíaco, respiratório, neurológico e urológico, detentoras de inúmeras especificidades, cujo tratamento é médico-cirúrgico, sobre as quais procurei desenvolver conhecimento.

Ter oportunidade de realizar a prática clínica no SU, permitiu-me desenvolver conhecimentos teóricos e práticos sobre técnicas, procedimentos e fármacos, de acordo com protocolos do serviço e *guidelines*. Exemplo disso, foi a prática clínica desenvolvida na Unidade de Decisão Clínica (UDC) do SU, onde os doentes se encontram monitorizados.

A monitorização do Eletrocardiograma (ECG) permite identificar ritmos cardíacos no doente em Paragem Cardiorrespiratória, tratar as complicações e prevenir a PCR em doentes com risco de desenvolver arritmias (Antunes, 2009). Estes doentes de risco de PCR são, por exemplo, os doentes que se encontram na UDC, que têm dor torácica, sofreram colapso ou síncope e têm ou tiveram palpitações. Assim, na UDC, para além de manipular o monitor, nomeadamente na escolha da derivação cardíaca mais indicada para melhor do traçado do ECG e na diminuição de artefactos, desenvolvi competências na interpretação do ECG,

nomeadamente no despiste do Enfarte Agudo do Miocárdio, com elevação do segmento S-T, na deteção de fibrilação auricular, taquicardias, entre outros. Compreendi a importância da correta colocação dos elétrodos no doente para uma boa leitura do traçado do eletrocardiograma, nomeadamente sobre proeminências ósseas e sem pelos. De acordo com Antunes (2009), os elétrodos devem ser colocados sobre proeminências ósseas, por terem menos interferência das contrações musculares, e se necessário dever-se-á fazer tricotomia e limpeza da pele com álcool nas áreas de colocação dos elétrodos.

Na *assistência pré-hospitalar* verifiquei que o INEM encontra-se munido de tecnologia avançada e diferenciada, nomeadamente em termos de equipamentos, instrumentos e materiais. As ambulâncias de SIV e as VMER têm ao dispor: agulhas intraósseas, seringa perfusora, monitor/desfibrilhador, ventilador, aspirador, equipamento de proteção individual, capnógrafo, laringoscópio, insuflador manual, colete de extração, talas de madeira, máscara laríngea, tubos endotraqueais com e sem cuff, pinça de Maguille, cânulas orofaríngeas, maca pluma, maca de coquille, plano duro adulto e pediátrico, CPAP boussignac, kit de catástrofe, fármacos, entre outros.

Durante o meu percurso de Estágio, tive oportunidade de vivenciar inúmeras experiências ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, casos de doença súbita e trauma. Ao nível da doença súbita deparei-me com casos de PCR, obstrução da via aérea, doença psiquiátrica agudizada, dispneia, acidentes vasculares cerebrais, dor torácica, crise convulsiva, fibrilhação auricular, e hipoglicemia. Ao nível das situações de trauma atuei em politraumatizados, vítimas de acidente de viação e queda em altura.

A diversidade de vítimas abordadas proporcionou-me experiências enriquecedoras, tanto pela sua gravidade clínica, como pela diversidade de ações realizadas ao nível da abordagem pré-hospitalar. Outro aspeto relevante, que não posso deixar de mencionar, refere-se à capacidade de improviso que desenvolvi para adequar da melhor forma possível as necessidades de atuação às condições existentes.

No que se refere ao desenvolvimento de procedimentos e técnicas, pude realizar a monitorização e interpretação eletrocardiográfica e avaliação de sinais vitais, avaliação da glicemia capilar, avaliação da saturação de oxigénio, cateterização venosa periférica, preparação e administração de terapêutica e fluidoterapia, oxigenoterapia, permeabilização da via aérea, avaliação do nível de consciência usando a Escala de Coma de Glasgow, realização de pensos simples oclusivos, mobilização/imobilização do politraumatizado com aplicação de plano duro, colar cervical, estabilizadores laterais da cabeça com fitas de fixação, colocação dos cintos de imobilização e cinto “aranha”, manutenção do alinhamento

corporal correto, colocação de tubo de Guedel, manuseamento do monitor/desfibrilhador e manobras de SAV de acordo com o algoritmo.

A grande maioria destes procedimentos e técnicas não constituíram uma novidade no meu processo de aprendizagem, porém a sua prática num ambiente marcado pela imprevisibilidade de atuação, pela instabilidade constante do estado clínico das vítimas e pelo tempo mínimo disponível permitiu-me o aumento da destreza e da rapidez de atuação perante as situações, bem como a aquisição de competências, conhecimentos e consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente crítico na área da APH.

Na UCI, a monitorização hemodinâmica constitui também um elemento crucial na análise das principais variáveis e funções cardiovasculares associadas ao doente em estado crítico. Os métodos e equipamentos através dos quais, atualmente, se efetiva este tipo de monitorização, principalmente a de carácter invasivo, têm permitido aos profissionais de saúde intensivistas uma inequívoca e inestimável ajuda na elaboração do diagnóstico e prognóstico clínico, bem como na eleição da intervenção terapêutica mais adequada para a eficácia na resposta do doente.

Neste âmbito, o enfermeiro EEMC desempenha um papel ativo, não só pela sua colaboração na introdução e manutenção dos diversos sistemas, na monitorização e deteção precoce de possíveis complicações, mas essencialmente porque constitui o principal observador do estado clínico do doente e das repercussões às intervenções terapêuticas instituídas. É, portanto, fundamental que o Enfermeiro, que no contexto da sua prática clínica opere com este tipo de monitorização, conheça bem as características e potencialidades de cada sistema, de modo a contextualizar os dados disponibilizados pelos mesmos.

Durante a minha passagem pela UCI tive a oportunidade de contactar com doentes essencialmente do foro médico, cirúrgico e politraumatizados. Dessa forma, iniciei a minha prática clínica com a prestação de cuidados globais ao doente, com a supervisão dos Tutores. A diversidade de doentes internados foi favorável a experiências enriquecedoras, tanto pela sua gravidade, como pela riqueza de conhecimentos facultados. De facto, experienciei várias situações, umas mais marcantes que outras.

A administração de terapêutica é também uma das funções do Enfermeiro que, na UCI, merece especial atenção devido ao manancial e à variedade de fármacos que são administrados a cada doente, ao elevado risco de incompatibilidades farmacológicas e aos efeitos secundários possíveis. Para colmatar esta dificuldade recorri à pesquisa bibliográfica constante sobre os diferentes fármacos mais utilizados, suas indicações, incompatibilidades,

estabilidade, modos de preparação e administração e à consulta dos colegas, adquirindo gradualmente competências no sentido de gerir autonomamente a administração conjunta de fármacos, sem esquecer os registos de estupefacientes e albuminas em impressos próprios.

Foi-me também possível prestar cuidados a doentes submetidos a terapias contínuas de substituição renal, permitindo-me desta forma mobilizar / adquirir conhecimentos acerca da fisiopatologia do rim, causas de insuficiência renal aguda, indicações para iniciar técnicas de substituição renal, as várias modalidades de técnicas que o monitor permite realizar (hemofiltração veno-venosa contínua, a hemodiálise veno-venosa contínua, a hemodiafiltração veno-venosa contínua, a plasmaferese e a hemoperfusão), e também sobre o papel do enfermeiro na realização destas terapias ao doente, na preparação e montagem do sistema extracorporal e na manutenção da técnica.

Ao longo dos turnos que realizei, tive o privilégio de prestar cuidados de enfermagem, durante mais do que um turno, a doentes a realizar este tipo de terapias, o que me permitiu proceder à montagem do sistema, realizar a sua manutenção, a colocar em prática o protocolo com citrato e cálcio na hemodiálise para ajuste dos valores de citrato e de cálcio obtidos nas gasimetrias realizadas ao doente e ao próprio sistema a nível do pós-filtro e, ainda, efetuar os respetivos registos.

Ao longo deste período de estágio tive ainda a oportunidade de contactar com três doentes com o diagnóstico de morte cerebral, e tive a possibilidade de assistir às provas realizadas por dois peritos (especialistas seniores) de neurologia e anestesia.

No que se refere ao desenvolvimento de procedimentos técnicos, pude realizar a monitorização do doente neuro crítico, representando uma oportunidade de melhorar a minha capacidade de interpretação dos valores obtidos pela monitorização hemodinâmica com e sem sistema PICCO e o seu respetivo registo.

De acordo com as normas preconizadas no seio da equipa multidisciplinar, procurei atuar sempre em conformidade com os conhecimentos apreendidos e aprofundados na minha área de especialização, já acima mencionados. Procurei contribuir para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência científica.

Objetivo: identificar em contexto de urgência/emergência situações que precisem de cuidados especializados no âmbito da EEMC nomeadamente, situações de falência orgânica, dor e fim de vida, estabelecendo prioridades e mobilizando conhecimentos.

Com o intuito de alcançar este objetivo realizei determinadas atividades nomeadamente a assistência a doentes do foro médico e traumatológico em conformidade com os princípios éticos universais (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça). Observei e colaborei na avaliação e estabilização do paciente em contexto de sala de emergência e cuidados intensivos com monitorizações hemodinâmicas invasivas, em ventilação mecânica invasiva, com suporte hemodinâmico e a realizar hemodiálise e hemodiafiltração. Tive a oportunidade de executar SAV seguindo o algoritmo de reanimação dos ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis, de forma sistemática e refletida, mobilizando conhecimentos e identificando prioridades. Realizei revisão bibliográfica e apliquei conhecimentos adquiridos ao longo do curso, tendo em conta as necessidades identificadas. Adquiri conhecimento sobre os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe. Identifiquei práticas de risco e adoção das medidas apropriadas. Desde o início deste estágio que fui integrado na prestação direta de cuidados, o que me permitiu uma rápida integração e participação em todas as atividades de forma a desenvolver capacidades técnicas e científicas na resolução de situações imprevistas e complexas assim como a capacidade de trabalhar sob stress de forma adequada e refletida em colaboração com a equipa multidisciplinar.

Ao **SU**, recorre uma quantidade significativa de doentes que apresentam como queixa principal a dor. Dito isto, durante a prática clínica, tive a possibilidade de perceber que são muitos os doentes que recorrem ao serviço de urgência para tratar um sintoma e não a causa que a provoca.

Não só por questões humanitárias, mas também por se tratar de um forte indicador da qualidade dos cuidados de saúde, denota-se a importância de considerar o tratamento da dor. Cabe assim ao profissional de saúde uma obrigatoriedade e esforço em detetar estas situações de presença e necessidade de controlo da dor, como forma de obter ganhos na qualidade de vida da população (Direção Geral de Saúde, 2008). A dor define-se por uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial, mas também a componente emocional, que pode estar associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou descrita em função dessa lesão (Direção Geral de Saúde, 2008). Pode estar associada a traumatismos, fraturas, derrames, imobilização prolongada, infeções ocultas (otites, sinusites, abscessos, entre outros), doenças osteoarticulares crónicas, fatores psicossociais e muitas mais.

No decorrer da prática clínica, reconheci a importância de registar a dor tal como efetuei o registo dos demais sinais vitais. A subjetividade, pessoalidade e complexidade da

sensação de dor acarreta dificuldades, quer para o doente, quer para o enfermeiro EEMC, para a sua avaliação e quantificação. Perante isto, como futuro enfermeiro EEMC, desenvolvi vários métodos para mensuração da intensidade da dor, através da utilização de escalas validadas internacionalmente, como a Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces (Direção Geral de Saúde, 2003). Durante todos os turnos procedi à monitorização da dor como 5º sinal vital (Direção Geral de Saúde, 2003) e implementei as atitudes terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas de acordo com o contexto. As medidas farmacológicas são intervenções de enfermagem interdependentes e de complementaridade, pelo que assumi a sua execução e monitorizei os seus efeitos de forma responsável.

Por outro lado, selecionei as intervenções não farmacológicas em complementaridade com as intervenções farmacológicas, nas suas múltiplas vertentes, cognitivo-comportamentais, físicas e suporte emocional.

Em contexto da *assistência pré-hospitalar* nomeadamente nas ambulâncias de SIV, as intervenções interdependentes ocorrem mediante o uso de protocolos, que têm como objetivo promover uma atuação autónoma e segura por parte do enfermeiro, que desempenha um papel de liderança, recaindo sobre si a responsabilidade da avaliação e decisão no momento de cada ocorrência, nomeadamente as intervenções a realizar, uma vez que é o elemento mais diferenciado (Oliveira & Martins, 2013). Neste sentido, tive a oportunidade de aplicar os protocolos de: abordagem da vítima, dor torácica, dor abdominal, analgesia, trauma das extremidades e tecidos moles, alteração do estado de consciência, diabetes e alterações da glicemia, dispneia, convulsões, défice motor/sensitivo, PCR no adulto. Na maioria das ativações em contexto SIV, tomei a liderança da abordagem da vítima, com supervisão da enfermeira tutora, recebi e transmiti dados ao CODU desenvolvendo dessa forma capacidade de avaliação e atuação em situações novas e complexas.

Ao longo do estágio, o motivo mais frequente de ativação dos meios INEM foi alteração do estado de consciência e a dor torácica. Nas ambulâncias de SIV e na VMER é possível a realização em imediato de ECG no local, enviando diretamente para o CODU de forma a agir precocemente no EAM, com a administração de fármacos e quando necessário encaminhamento para a correta unidade hospitalar com laboratório de hemodinâmica, para a realização de cateterismo cardíaco de forma a retomar a circulação sanguínea, reduzindo a morbilidade e mortalidade. Nesta decisão, entram diversas variáveis como o tipo de enfarte, a distância da unidade hospitalar com capacidade para desobstrução do coágulo, e a evolução do estado clínico do doente (INEM, 2009)

Na abordagem à vítima com dor torácica, realizamos a abordagem ABCDE, e seguimos o protocolo da dor torácica, que a nível ventilatório é assegurar SpO2 entre 94% e os 98%, salvo se risco de insuficiência respiratória, no assegurar circulação com controlo de hemorragia, realizamos a monitorização eletrocardiográfica, avaliamos a dor torácica quanto à natureza, localização e irradiação. Está recomendado a realização de ECG de 12 derivações no pré-hospitalar, nos pacientes que apresentem dor epigástrica ou do mesogastro acima do umbigo. Assim como, numa dor dorso lombar em que a vítima também apresente dor torácica ou suspeita de patologia cardiovascular. Se apresentar palidez, sudorese, dispneia ou dor com início no tórax e irradiação para as costas deve-se realizar imediatamente ECG de 12 derivações e se síndrome coronário agudo provável, aplicar-se o definido no protocolo dor torácica.

Para uma atualização constante dos conhecimentos efetuei pesquisa bibliográfica a partir de várias fontes, livros recentes, artigos científicos, normas formativas e através de bases de dados eletrónicas nomeadamente a EBSCO e a SciELO.

Um dos temas que me despertou particular interesse foi o algoritmo de SAV, este inclui intervenções que contribuem seguramente para salvar vítimas em PCR, e que consistem no SBV imediato e eficaz, manutenção de compressões torácicas ininterruptas e de elevada qualidade e a desfibrilhação precoce na Fibrilhação Ventricular ou na Taquicardia Ventricular sem pulso. O algoritmo de SAV divide-se em ritmos desfibrilháveis e ritmos não desfibrilháveis, os ritmos não desfibrilháveis são a assistolia e a atividade elétrica sem pulso (European Resuscitation Council, 2015).

A correção das causas potencialmente reversíveis da PCR tem uma importância fulcral. De modo a facilitar a memorização utiliza-se a mnemónica dos 4 H's Hipoxia, Hipovolémia, Híper/Hipocaliémia/Alterações metabólicas e Hipotermia e 4 T's Pneumotórax Hipertensivo, Tamponamento cardíaco, tóxicos e Tromboembolismo pulmonar (Deakin, et al., 2010).

A hipoxia que deve ser rapidamente corrigida, assegurando a permeabilidade da via aérea e administrando oxigénio a 100% inicialmente através de um insuflador manual e quando necessário com adjuvantes da via aérea.

Deve-se considerar a hipovolémia, em situações de trauma, hemorragias digestivas graves, rotura de aneurisma da aorta, ou em depleções maciças de volume por diarreia ou vómitos incoercíveis que, se prolongados, podem levar a desidratação grave, especialmente em crianças e idosos. Nestes casos, a atuação deve passar pela reposição de volémia, associada a correção cirúrgica da causa da hemorragia.

Relativamente às alterações iónicas, estas podem ser identificadas através de análises sanguíneas, gasimetria arterial ou mesmo através da história clínica.

A hipotermia deve ser considerada em todas as situações de submersão, vítimas expostas ao frio, particularmente se com alterações do nível de consciência, com especial atenção nos idosos e crianças.

O pneumotórax hipertensivo, é umas das causas de PCR, e que deve ser considerada em caso de trauma, ou após alguns procedimentos, nomeadamente a colocação de um cateter venoso central ou nos casos de dispneia grave de início súbito nos asmáticos, devendo ser verificada e corrigida prontamente.

No caso do tamponamento cardíaco, o seu diagnóstico pode ser difícil porque os seus sinais característicos, engurgitamento jugular, sons cardíacos ensurdecidos e hipotensão não se consegue observar numa PCR, sendo as causas mais comuns o traumatismo torácico penetrante sendo o tratamento uma pericardiocentese.

A intoxicação/iatrogenia medicamentosa pode também ser uma das causas reversíveis, e deve ser suspeitada pela história clínica e/ou confirmada através de análises, nesta situação considerar a administração de antídotos ou antagonistas adequados podendo ser importante as informações do Centro de Informação Antiveneno.

Por último, o tromboembolismo pulmonar, que é a causa mais frequente de choque obstrutivo em que o tratamento de eleição é a trombólise. Quando administrado o fibrinolítico, prolonga-se as manobras de SAV de 60 a 90 minutos, para atuação do fármaco (Deakin, et al., 2010).

Objetivo: Demonstrar capacidade de reagir perante situações, imprevistas e complexas.

Desenvolver competências de atuação perante o doente em situação crítica e/ou emergente, não passa unicamente pela envolvimento tecnológica, mas pela complexidade de pessoas e situações, onde a transição súbita de saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada. Tendo por base estes pressupostos, desenvolvi uma prática clínica centrada na pessoa, nos processos de transição inerentes a situações de saúde-doença agudas. Assim, adotei uma postura de responsabilidade na prestação de cuidados e privilegiei a reflexão sobre a prática, como forma, de conscientemente analisar a minha tomada de decisão, numa perspetiva de melhoria nos cuidados prestados. Cuidar exige confiar nas nossas capacidades para cuidar do outro, no juízo para avaliar as suas necessidades e nos erros na possibilidade de crescimento (Vieira, 2007).

O **SU** é conhecido por ser um local em que o aparecimento de situações imprevistas e complexas é comum, pois por ele entram todos os doentes, independentemente da sua gravidade. Apesar de ser no doente crítico que as situações imprevistas e complexas têm maior probabilidade de acontecerem, os restantes doentes que recorrem ao SU por não estarem por rotina monitorizados, devem ser cuidadosamente vigiados, devendo o sentido da nossa atividade ser sempre na prevenção de complicações e não apenas na resolução das mesmas. Por exemplo, perante situações de doentes que dão entrada no SU com o diagnóstico de edema agudo do pulmão, sabendo que são situações de rápida evolução, se não interferirmos rapidamente na implementação de ações e na antecipação de outras em tempo útil, a situação pode evoluir para PCR. Assim, a atuação dos enfermeiros EEMC marca toda a diferença, pois é dotado de conhecimentos e competências técnicas e científicas bem solidificadas, que lhe conferem uma maior capacidade de intervenção.

Ainda no âmbito do **SU**, fui-me apercebendo do grande número de doentes que aí recorrem após tentativa de suicídio.

Tratando-se de um fenómeno complexo, que envolve saberes de diversas áreas disciplinares e profissões, beneficiando com uma intervenção multifacetada e de todo um trabalho multidisciplinar e multiprofissional, é uma área do saber na qual os enfermeiros têm um contributo muito relevante. Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio, passa por estabelecer com a pessoa em risco, uma relação de confiança e empatia, que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção especializada e eficaz.

O indivíduo com comportamento da esfera suicidária não vai confiar as suas sensíveis informações a um enfermeiro se não tiver a perceção de se sentir ouvido, respeitado e compreendido. Este enfermeiro precisa de transmitir uma sensação de aceitação, calor, ausência de julgamento e um forte interesse em compreender a natureza e a causa do comportamento adotado (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Uma outra realidade constante nos SU são as readmissões dos doentes dependentes. No que concerne aos fatores que contribuem para a readmissão, na maioria dos estudos, a idade do doente acima dos 65 anos, múltiplos problemas de saúde, bem como a existência de doenças crónicas, são considerados fatores de risco. Fatores demográficos, sociais e problemas de saúde decorrentes da idade, viuvez, suporte social, satisfação de vida, gravidade da doença, doença do cônjuge, depressão e stress do cuidador são outros fatores referenciados como predisponentes da readmissão hospitalar, no entanto, os autores referem

que 40% a 50% das readmissões devem-se a problemas sociais ou perda de apoios dos serviços da comunidade (Wong, et al., 2008)

Por outro lado, segundo o mesmo autor, a utilização dos serviços hospitalares poderia ser significativamente reduzida se os doentes e os seus cuidadores fossem sujeitos a intervenções adequadas e tivessem acesso a redes de apoio apropriadas. A falta de informação e a prestação de cuidados diretos ao doente são dificuldades muito verbalizadas pelos cuidadores, pelo que, os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do regresso a casa e aquisição de competências para o cuidar.

O enfermeiro pode ter um importante papel ao informar a família dos recursos existentes na comunidade, ao encaminhá-la para os serviços sociais, ao esclarecer e educar a família para os cuidados, nomeadamente, identificação e monitorização de sintomas, orientação e gestão da terapêutica, e ao capacitá-la para a aquisição e treino de competências, que possam contribuir para um envolvimento e prestação de cuidados mais eficazes e satisfatórios.

Com a presença, durante mais tempo, dos familiares junto do doente no SU são fomentadas as oportunidades destes aprenderem e treinarem e, por outro lado dá ao enfermeiro EEMC oportunidades de ensinar, informar e validar os ensinamentos. Os ensinamentos dos “pequenos” pormenores, das atividades precisas, como prestar cuidados de higiene, alimentar o doente oralmente ou por sonda nasogástrica, como posicionar o doente, os cuidados com a eliminação, a importância da mobilização para a prevenção de complicações e a transferência do doente.

Capacitar a família para a prestação de cuidados, identificar as suas necessidades e providenciar apoios na comunidade foram atividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

Na **APH** as situações de trauma que tive, englobaram situações de acidentes de viação e queda em altura, enquanto as situações de doença súbita, eram referentes a situações de hipoglicemias, PCR, crises convulsivas, dor torácica, dispneia, alterações do estado de consciência e défice motor/sensitivo.

Das várias situações de PCR, saliento uma em que recebemos uma ativação para um masculino de 64 anos. No local, em função das comorbilidades do doente e tempo em PCR foram suspensas as medidas de SAV, por indicação médica.

No domicílio do doente, verificámos o estado ansioso de toda a família que chorava compulsivamente perante o sucedido. Depois de acalmar a família, a notícia foi transmitida de uma forma serena, demonstrando apoio e dando tempo para que todos assimilassem a dor que uma notícia como esta acarreta. A morte constitui uma experiência humana singular e

única, mas geralmente a perda de um ente querido representa um momento doloroso para os seus familiares (Costa M. , 2009).

Dependendo das famílias, do modo como encaram a morte ou do tipo de ligação existente com a vítima que falece, a comunicação do óbito constituiu uma notícia mais ou menos complicada de transmitir pela equipa.

Deparei-me com sentimentos que oscilam entre a aceitação, a negação, a revolta e o desespero que me alertaram para a minha importância como Enfermeiro com EEMC em integrar as crenças e a cultura nos cuidados prestados e assim garantir uma prestação de cuidados holística, considerando os aspetos socioculturais à semelhança dos aspetos biofísicos e psicossociais.

Com as atividades acima descritas julgo ter adquirido as seguintes competências: **formulei e analisei questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; mantive, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; refleti na e sobre sua prática, de forma crítica; produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; maximizei a intervenção na prevenção e controlo de infeção; demonstrei capacidade de atuação perante situações imprevistas e complexas na área de EEMC; demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa doente e família.**

4. CONCLUSÃO

Numa altura em paradigma da saúde está em constante mudança, urge a necessidade dos Enfermeiros se enriquecerem de conhecimentos, aptidões e competências específicas, que promovam a qualidade dos cuidados, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

A Ordem dos Enfermeiros coloca o desafio de construir percursos de desenvolvimento profissional que permitam a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, consolidado numa lógica de reconhecimento de competências, onde os momentos formais de aquisição de conhecimento se unem à experiência profissional sustentada numa prática clínica reflexiva, por forma a garantir a qualidade e o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem.

Neste contexto, o enfermeiro EEMC assume um papel preponderante, uma vez que é cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, baseados na evidência científica. Possui ainda competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais, que lhe permitem complementar e coordenar programas de qualidade.

O presente relatório, permitiu-me descrever o desenvolvimento e aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais, assim como, a evolução a nível da reflexão crítica, de tomada de decisão, autonomia, e criatividade, tendo em conta os domínios de atuação do enfermeiro especialista.

Pela riqueza das experiências com que me defrontei, considero os locais de estágio verdadeiros centros de oportunidades de ensino, capazes de dar resposta às exigências do grau de mestre que pretendo obter. São serviços bem organizados, altamente diferenciados, com protocolos e normas de atuação bem clarificadas e definidas, e onde há uma constante preocupação na atualização contínua dos conhecimentos, de forma a promover a qualidade dos cuidados.

Relativamente às equipas, os seus elementos são profissionais acessíveis, que auxiliam no processo de aprendizagem, e como tal, todo o percurso a desenvolver tornou-se mais fácil. Destaco em particular, a partilha de saberes e de experiências com os tutores e a orientadora, que me serviram de inspiração, motivação e de esperança de que podemos fazer mais e

melhor, e que se escolhermos este caminho temos a responsabilidade acrescida de, antes de exigir, ter a competência de o fazer.

Na prática dos cuidados, pautei a minha prática por uma atitude responsável, de profissional seguro e ético, respeitando sempre os direitos humanos e a dignidade humana, e procurei responder às questões e necessidades do doente e da família, usando uma linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, com o intuito de esclarecer e minimizar a ansiedade e os medos.

No **domínio da Responsabilidade Ética e Legal**, analisei e refleti criticamente a minha prática em relação ao direito do doente à autodeterminação, intimidade, confidencialidade, o respeito pelo sigilo profissional, o consentimento informado e presumido e os cuidados em fim de vida, com o intuito de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, tendo por base a legislação existente sobre estas temáticas.

Por sua vez, no **domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, identifiquei situações passíveis de serem objeto de intervenção, tendo como eixo orientador a segurança do doente.

A esse respeito destaco o meu projeto de intervenção sobre o “Transporte Inter-hospitalar de doentes”, desenvolvido no contexto do *módulo de SU*, que foi, entretanto, proposta para validação como norma hospitalar. Na *assistência pré-hospitalar*, desenvolvi um documento com suporte na evidência científica atual, que reflete os ganhos em saúde da implementação da VNI no contexto pré-hospitalar. Por último, evidencio também o meu trabalho na *UCI*, que destaca a importância da formação para a melhoria da qualidade assistencial. Esse trabalho, incorpora o levantamento de necessidades formativas da equipa de enfermagem através de um questionário distribuído à equipa; do qual se parte para uma análise dos dados recolhidos à. O projeto termina com a proposta de soluções para os problemas identificados, nomeadamente através da proposta de um plano de formação para o ano de 2018, que se considera abrangente, motivador e que acima de tudo vai de encontro às necessidades identificadas pela equipa.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências no **domínio da Gestão de Cuidados**, identifiquei as competências do enfermeiro especialista em EMC na gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais. Desenvolvi capacidade de trabalhar de forma articulada com a equipa multidisciplinar e incentivei à discussão de assuntos como o controlo de infeção com vista a uma mudança de paradigma.

Por ultimo, nível do **domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, aprofundei os meus conhecimentos na prática de cuidados ao doente crítico,

nomeadamente ao nível do SAV, das técnicas de substituição renal, da importância da gestão e controlo da dor, medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. Desenvolvi também competências na área da comunicação e, no relacionamento com o doente e família.

O desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista na área de EMC resultou da minha pesquisa, análise, reflexão e confrontação da prática clínica observada e executada, na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e na resposta a fenómenos complexos, o que se demonstrou uma metodologia eficaz.

A elaboração deste Relatório permitiu-me evidenciar as atividades realizadas na consecução dos objetivos, previamente traçados no projeto de estágio, e dar realce à minha atitude crítica e reflexiva na aquisição de competências de enfermeiro com EEMC, no respeito da dignidade humana do doente em situação crítica e em fim de vida em todo o percurso de desenvolvimento.

Julgo ter demonstrado que possuo conhecimentos e capacidade de compreensão na minha área de especialização, que sei aplicar os mesmos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares. Considero também ter capacidade para integrar conhecimentos, comunicar com outros sobre os mesmos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Desta forma possuo competências para a aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo, dando dessa forma resposta ao exigido para a obtenção do grau de Mestre.

No futuro pretendo continuar a dar visibilidade à Enfermagem como profissão e disciplina, por meio da disseminação de conhecimento com a participação em eventos com trabalhos fruto da investigação. E ainda, por meio de uma prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de processos de tomada de decisão, com base na evidência científica, na ação refletida, na mobilização de um conjunto de saberes científicos, tecnológicos e relacionais, de forma a assumir uma função diferenciada no cuidar, autónoma e interdependente, na resposta a situações complexas da área de especialização.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saude do Norte. (2013). *Manual de Controlo de Infecção*. Porto: Ministerio da Saude.
- Antunes, C. (2009). *Manual de Reanimação Intra-Hospitalar*. Coimbra: Formasau.
- Barbosa, A. M. (2011). *A Organização interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa.
- Bledsoe B, A. E. (2012). Low-Fractional Oxygen Concentration Continuous Positive Airway Pressure is Effective in the Prehospital Setting. *Prehosp Emerg Care*.
- Campos, A. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Chaves, I. (2009). *Portfólios Reflexivos. Estratégia de Formação e de Supervisão* (5ª ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Cheskes S, T. L. (2013). The Impact of Prehospital Continuous Positive Airway. *Prehosp Emerg care*.
- Chiavenato, I. (2003). *Introdução à Teoria Geral de Administração*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Coimbra, N., & Amaral, T. (29 de Fevereiro de 2016). Acompanhamento de enfermeiro no transporte primário do doente crítico. *Nursing*. Obtido de <http://www.nursing.pt/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico/>
- Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedecina. (4 de Abril de 1997). Obtido de http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-a4805/
- Corbani, Ñ., Brêtas, A., & Matheus, M. C. (Maio - Junho de 2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 349-354. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>

- Côrte-Real, I. (2007). Enfermagem em cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Bioética*.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, pp. 234-258. Obtido de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Costa, M. (Setembro de 2009). Refletindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Revista nursing*, 251.
- Daily J, W. H. (2011). Noninvasive positive pressure ventilation: resource document for the national. *PreHosp Emerg Care*.
- Deakin, C., Nolan, J., Soar, J., Sunde, K., Koster, R., Smith, G., & Perkins, G. (Outubro de 2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support. *Resuscitation*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956049>
- Decreto do Presidente da Republica n.º 1/2001. (3 de Janeiro de 2001). Obtido de <http://www.gddc.pt/siii/docs/oviedo.pdf>
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saude*. Lisboa: Almedina.
- Despacho 1400 A-2015. (15 de Fevereiro de 2015). *Plano Nacional para a segurança dos doentes*, pp. 3882-(2) a 3882-(10). Obtido de https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&print_preview=print-preview&dreId=66463210
- Direção Geral de Saude. (14 de junho de 2003). A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2007). *Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção*. Lisboa: Ministerio da Saude. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção geral de Saúde. (18 de Junho de 2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Obtido de http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf

- Direção Geral de Saúde. (17 de Agosto de 2010). Circular Normativa 13/2010. *Bacterias - Mecanismos de resistência*. Obtido de http://iasaude.pt/attachments/article/1527/circular_normativa_13_2010_bacterias_mecanismo_resist%C3%83%C2%AAnCIA.pdf
- Direção Geral de saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2016-2020*. Lisboa: Ministerio da saúde. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- European Resuscitation Council. (2015). Guidelines ERC 2015. Obtido de <https://cprguidelines.eu/>
- Fernandes, A. C. (2012). *Reflexões e contributos para a reforma do sistema de saúde em Portugal*. Diário de bordo editores.
- Ferreira, F., Andrade, J., Mesquita, A., Campelo, G., Dias, C., & Granja, C. (2008). Sala de Emergência - Análise e Avaliação de um modelo orgânico funcional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27, pp. 889-900. Obtido de <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/958.pdf>
- Gonçalves, C., & Zigue, A. (2010). Comunicação em Enfermagem: a empatia para cuidar e liderar. *Revista Nursing*, pp. 18-22.
- Goransson, K., Enfhors, M., Fonteyn, M., & Ehrenberg, A. (Janeiro de 2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61, pp. 163-172. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18186908>
- Hubble M, R. M. (2008). Estimates of cost-effectiveness of prehospital continuous positive. *Prehosp Emerg Care*.
- INEM. (2009). Via Verde para a vida. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/via-verde-para-a-vida-jpg.aspx>
- INEM. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica* (1ª ed.). Portugal: INEM.
- Lage, M. j., & Sousa, J. (Novembro - Dezembro de 2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente:. *Tecno hospital*, pp. 22-27.

- Lei 141/1999. (28 de Agosto de 1999). *Lei da verificação da Morte*, pp. 5955 - 5955. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/532449/details/normal?q=Lei+n%C2%BA%20141/99+de+28+de+agosto/en>
- Lei 25/2012. (16 de Julho de 2012). *Lei do testamento vital*, pp. 3728 - 3730. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/179517/details/normal?q=Lei+n.%C2%BA%2025/2012+de+16+de+julho>
- Lei 15/2014. (21 de Março de 2014). *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*, pp. 2127 - 2131. Obtido de https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-search/571943/details/normal?p_p_auth=4eP4hIuw
- Lei 156/2015. (16 de Setembro de 2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, pp. 8059 - 8105. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/70309896/details/normal?l=1>
- Lei n.º 94/2017. (23 de Agosto de 2017). *Código Penal*, pp. 4915 - 4921. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/108038373/details/maximized>
- Loureiro, C. (Janeiro - Abril de 2002). Integração e Orientação dos Enfermeiros. *Informar*, pp. 16 - 22.
- Machado, P. (2010). *Transporte de doente critico - Vivências do Enfermeiro no serviço de Urgência*. Ponte de Lima. Obtido de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1524/2/Mono_16609.pdf
- Mateus, B. A. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar Que realidade*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau.
- Ministerio da saude. (2013). *Avaliação da situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministerio da Saude.

- Ministerio da Saude. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Portugal: Administração Central de Sistemas de Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Ministério da Saúde. (11 de Agosto de 2014). Despacho n.º10319/2014. (S. I.-0.-1. Diário da República n.º 153/2014, Ed.) pp. 20673–20678. Obtido de https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=bUki4xSs/en
- Morais, G., Costa, S., Fontes, W., & Carneiro, A. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, pp. 323- 327. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/apc/v22n3/a14v22n3.pdf>
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi editores.
- Oliveira, A., & Martins, J. (Março de 2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de enfermagem de referência*. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100012
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (15 de Março de 2007). Enunciado de posição consentimento informado para intervenções de Enfermagem. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao15mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Ordem dos Enfermeiros . (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros - RCCEE. (2010). *Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mceesmp.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros*. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Centro Editor livreiro.
- Pereira, M. A. (Janeiro - Março de 2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e contexto - Enfermagem*, pp. 33-37. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e a gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidata.
- Pinto, C., Rodrigues, J., Rodrigues, R., Moreira, M. A., & Melo, L. (2006). *Fundamentos de Gestão*. Bacarena: Editorial Presença.
- Pordata. (2015). Obtido em Junho de 2017, de Base de dados de Portugal Contemporaneo: <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Portaria n.º 82/2014, d. 1. (10 de abril de 2014). Obtido de Procuradoria Geral - Distrital de Lisboa:

http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2088&tabela=leis&so_miolo=

- Sá, T., & Machado, L. (Julho de 2006). Comunicar com Doentes Ventilados: Uma Função de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, pp. 29 -34. Obtido de http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=280%3Arevista-no-67-julho-2006&catid=96%3Arevistas-2006-e-2007&Itemid=146&limitstart=7
- Santos, E. C. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: desafios e constrangimentos*. Universidade do Algarve.
- Sheehy, S. (2010). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. (6ª ed.). Loures: Lusociencia.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*, 55, pp. 11-20. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000127&pid=S0870-9025201400010000700022&lng=pt
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2010). *Transporte de Doentes Críticos - recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Obtido de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Spagnol, C. (Janeiro - Março de 2005). (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos. *Ciencia & Saude Colectiva*, pp. 119-127.
- Taylor D, B. S. (2008). Prehospital noninvasive ventilation: a viable treatment option in urban setting. *PreHosp Emerg Care*.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidata.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Catolica.
- Williams T, F. J. (2013). Prehospital Continuous Positive Airway Pressure for Acute. *PreHosp Emerg care*.

Wong, F., Chow, S., Chung, L., Chang, K., Chan, T., Lee, W., & Lee, R. (Junho de 2008).
Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial.
Journal of Advanced Nursing, pp. 585-595. Obtido de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18489451>

Apêndices

Apêndice I

Transporte Inter-hospitalar de doentes



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROJETO DE INTERVENÇÃO – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

Por

Domingos André Gama Marques

Sob a orientação de Professora Lúcia Rocha

Porto –junho de 2017

Índice

0. NOTA INTRODUTÓRIA	91
1. PROJETO DE INTERVENÇÃO - TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES	93
1.1 Planeamento	96
1.2 Implementação	97
1.3 Avaliação	99
2. NOTA CONCLUSIVA	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXO I – A – Folha de Registos de enfermagem	105

0. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do Estágio em serviço de Urgência correspondente ao Módulo I da unidade curricular Estágio em Enfermagem Médico Cirúrgica, do Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre entre os dias 2 de maio e 24 de junho de 2017 num Serviço de Urgência de um hospital periférico da área metropolitana do Porto.

Esta urgência classificada à luz da Portaria 82/2014 de 10 de abril como Urgência Médico – Cirúrgica, tem muitas vezes necessidade de realizar o transporte de doentes para outras unidades hospitalares para continuidade de tratamento ou até mesmo realização de exames não disponíveis nesta unidade. Ao longo da minha observação e após conversas com elementos da equipa multidisciplinar, durante o estágio verifiquei que apesar da segurança do doente estar totalmente assegurada, salvo determinadas exceções, não existe qualquer registo físico do que ocorre durante o transporte.

Com a realização deste documento pretende-se dar visibilidade ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados, promover um registo rigoroso das intercorrências ocorridas durante o transporte de doentes, com especial enfoque para o doente crítico, para outras unidades hospitalares e por último constituir uma norma que uniformize este tipo de procedimentos no centro hospitalar.

Este documento inicia-se com a nota introdutória, à qual se segue uma contextualização teórica sobre o transporte inter hospitalar de doentes, onde se inclui o planeamento, implementação e avaliação do mesmo. O ultimo ponto está destinado à nota conclusiva. Seguem-se as referências bibliográficas e o apêndice onde consta a norma proposta ao serviço de controlo de qualidade.

Para a elaboração deste documento, foram consultadas fontes bibliográficas credíveis, reconhecidas e válidas. Adicionalmente, alguns documentos disponibilizados pela Ordem dos Enfermeiros e informações provenientes da minha formação inicial e da experiência profissional. Foi também necessário recorrer à troca de informação com a equipa multidisciplinar, à aplicação dos conhecimentos teóricos, à observação, à comunicação e, ainda, à análise crítico-reflexiva.

1. PROJETO DE INTERVENÇÃO - TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES

A reforma da organização dos serviços de urgência introduzida pela (Portaria n.º 82/2014) de 10 de abril, prevê uma articulação dos diferentes tipos de Urgência para que os cuidados estejam ao dispor dos doentes em tempo útil previamente estabelecido.

O Centro Hospitalar em questão conta com dois Serviços de Urgência básica e um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Em função disso, o número de transporte de doentes é considerável, sendo estes na sua grande maioria efetivados por profissionais da Urgência Médico-Cirúrgica.

À luz da legislação atual um Serviço de Urgência Médico - Cirúrgico, constitui o segundo nível de acolhimento das situações Urgência/Emergência, integrado na rede hospitalar de Urgência/Emergência, sendo constituído por várias áreas, e estando preparado para dar assistência a uma grande diversidade de situações urgentes e emergentes.

Como futuro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, o meu foco centra-se no cuidado ao doente crítico, pelo que todo este documento surgirá com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados a este tipo de doentes.

A intervenção precoce e eficaz nas situações de emergência médica tem sido enfatizada nas últimas décadas como ponto vital para o sucesso da assistência aos doentes. O atendimento ao doente crítico requer, por isso, uma intervenção atempada, adequada e baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o ambiente pré-hospitalar, passando pelo transporte primário até a assistência intra-hospitalar.

O doente crítico é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010). A abordagem ao doente adulto e idoso grave requer uma equipa multidisciplinar com conhecimento das suas funções atuando com metodologia correta.

Os cuidados de enfermagem ao doente situação crítica devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total do doente (Ordem dos Enfermeiros , 2010). Assim, a abordagem de enfermagem a pessoa em situação crítica exige competências

específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica e maximizando a eficácia e a eficiência da atuação. Os enfermeiros com EEMC são a chave na resposta às necessidades específicas do doente adulto e idoso em estado crítico, na prestação de cuidados seguros e qualificados.

O doente em situação crítica necessita de rápida e eficaz resposta da equipa de saúde, sendo a equipa de enfermagem essencial na sua abordagem. O enfermeiro possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Em situações de emergência a intervenção de enfermagem é realizada de forma interdependente, agindo em complementaridade de funções com outros profissionais de saúde (Deodato, 2017). Os cuidados de enfermagem ao doente crítico exigem “observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Considera-se, assim, que o enfermeiro deverá possuir competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, assegurando uma prestação de cuidados qualificados. O enfermeiro especialista possui um profundo conhecimento no domínio específico, elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências, segundo o campo de intervenção, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A decisão de realizar um transporte, seja entre hospitais ou no interior das próprias instalações da unidade de saúde, é uma decisão que deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. A decisão de transporte pode ser baseada em necessidades diversas. Assim, por uma questão de sistematização, o transporte deverá ser considerado em função da necessidade de transferir um doente por falta da valência Médico-Cirúrgica ou necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados e definição diagnóstica e terapêutica e/ou ainda pela gravidade clínica do doente.

Os doentes críticos incorrem em riscos aumentados de morbilidade e mortalidade durante o transporte, especialmente nas situações de hipoxia, híper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular, ou sempre que a deslocação possa contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica sem mais valia aparente.

É fundamental refletir sobre o risco/benefício que um exame adicional possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente. Se houver dúvidas quanto à sua eficácia, deve então pôr-se em causa a necessidade do transporte. Quando é possível e seguro, alguns testes diagnósticos e alguns procedimentos podem ser realizados no local, onde o doente se encontra (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010).

Todavia, estes riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado, quando é selecionada uma equipa adequadamente preparada, quando existem os meios de transporte adequados e existem disponíveis os meios de monitorização e eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizar, seja aéreo ou terrestre. A premissa de que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem tem de ser sempre considerada e é obrigatória.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos o transporte de doentes críticos deve envolver as seguintes fases: *Decisão, Planeamento e Efetivação*.

A **fase da decisão** de transportar um doente crítico é um ato médico. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do diretor de serviço. É esta fase que devem ser analisados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte. Tomada a decisão de transportar um doente crítico segue-se agora a fase de planeamento do mesmo.

O **planeamento** deve ser feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço referente, em conjunto, e tomará em consideração os seguintes dilemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação.

Este planeamento deverá incluir:

- Escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e o respetivo tempo de trajeto estimado;
- Escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características do doente a transportar, com proteção individual assegurada – seguro/ cobertura em caso de acidente).
- Escolha do meio de transporte;
- Seleção dos meios adequados de monitorização;
- Recomendação de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Seleção adequada de equipamento e terapêutica;
- Previsão das complicações possíveis.

Proactivamente, deve ser equacionado o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respetiva prevenção, especialmente nas fases de maior risco: na passagem do doente do serviço de origem para a maca do transporte, no início do trajeto, nos transportes de longa duração, ou na receção do doente no hospital/serviço de origem. Deve ter-se em atenção, nomeadamente, a extubação endotraqueal, a perda de acessos venosos, a reserva inadequada de oxigénio, a avaria de ventilador de transporte, a exteriorização ou “clampagem” inadvertida de dreno torácico e/ou a falta de bateria / carga elétrica de equipamentos.

Relativamente à última fase, a **efetivação** do transporte fica a cargo da equipa de transporte cuja responsabilidade técnica e legal só termina no momento da entrega do doente ao Médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem, no caso, por exemplo, da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou atos terapêuticos.

Igualmente responsáveis são os Médicos que decidiram o transporte do doente. O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.

Em suma, o transporte deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia o doente, cabendo ao serviço referente as responsabilidades técnica e legal, durante as duas primeiras fases (Decisão e Planeamento). Na etapa da Efetivação, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.

1.1 Planeamento

Nesse sentido e dando resposta às necessidades identificadas através da observação direta e contacto com a equipa multidisciplinar, surge a folha de registo de enfermagem onde constarão as indicações para o transporte e o registo da evolução do estado do doente durante o mesmo. Na minha opinião é fundamental haver um registo, ao longo do transporte, da situação clínica do doente, nomeadamente todas as alterações ocorridas ou terapêuticas administradas.

Este registo deve ser depois do final do transporte ser anexado ao processo do doente para que possa ser consultado no futuro e até mesmo servir de instrumento legal que relate o que ocorreu durante o período referente ao transporte inter-hospitalar do doente.

A sua existência pode também ser usada, tal como sugere a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, para que os transportes de doentes sejam auditados pela equipa responsável pelos transportes do Centro Hospitalar (a nomear).

1.2 Implementação

Ao abordar a Enfermeira tutora, e alguns elementos da equipa multidisciplinar acerca do interesse em desenvolver este projeto de intervenção, verifiquei desde logo a receptividade de todos para o desenvolvimento e implementação do mesmo, considerado uma mais-valia para a unidade, equipa e para a segurança dos doentes.

Neste serviço de Urgência, a falta de registo dos cuidados prestados durante as fases de decisão, planeamento e efetivação de um transporte foi uma das situações/problema que identifiquei como uma oportunidade de intervir com o intuito de promover a melhoria dos cuidados.

Com base na evidência científica existente e após a minha avaliação diagnóstica, desenvolvi e implementei um projeto de intervenção intitulado de “Transporte inter-hospitalar do doente crítico”, com o objetivo principal de criar um documento que possa ser validado pelo Controlo de qualidade do Centro hospitalar e aplicado em todos os transportes de doentes para outras unidades Hospitalares.

Para atingir este objetivo consultei a equipa multidisciplinar sobre a informação que estes consideravam que deveria constar neste documento e realizei pesquisa bibliográfica e multimédia acerca do tema.

Desse trabalho nasceu uma folha que dá resposta às propostas que me foram feitas e que está de acordo com aquilo que a literatura defende como sendo o “state of the art”.

Esta folha de registos de enfermagem (Apêndice I- A) pretende reunir numa única folha os registos relativos aos momentos pré transporte, peri transporte e final do transporte. Assim sendo a sua estrutura inicia com o preenchimento de algumas informações relativas ao motivo do transporte, identificação do doente e diagnóstico e também com um ponto que considero fundamental – a identificação do familiar que foi informado sobre a decisão de transportar o doente.

Os familiares do doente crítico vivem durante os momentos que o seu familiar está a ser alvo dos nossos cuidados, momentos que muitas vezes podem ser de extrema angustia pelo facto de não terem informações sobre o estado do mesmo. Os enfermeiros, tal como

outros profissionais de saúde, sentem por vezes dificuldades na comunicação com os familiares e talvez por isso se refugiem nos cuidados e descurem um pouco essa vertente.

O simples ato de comunicar que o doente vai ser transferido porque necessita de cuidados diferenciados que não estão ao seu dispor no hospital de origem pode servir para, respeitando a privacidade do doente, transmitir informações muito importantes que acalmam o cuidador e fazem com que este comece desde logo a ser envolvido no processo de *cuidar*. O facto de ser necessário registar qual o familiar que foi informado vem por um lado lembrar que é necessário informar os familiares e por outro lado consolidar a folha de registos como meio de prova caso exista alguma intercorrência.

Ao longo do contacto com a equipa de enfermagem verifiquei que a decisão de constituição das equipas que efetivam o transporte nem sempre é consensual, isto é, muitas vezes os enfermeiros fazendo uso da sua capacidade de observação e diagnóstico julgam que o transporte deveria ser acompanhado de médico e a sua opinião nem sempre é ouvida. Daí que, numa ótica de proteção desses colegas e de fundamentar a sua decisão, decidi incluir a check list criada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos em parceria com a Ordem dos Médicos e reconhecida pela comunidade científica, que depois de preenchida dá um resultado que tem posteriormente correspondência com o nível de cuidados necessários durante o transporte.

Seguem-se depois registos sobre o estado atual do doente, nomeadamente através do preenchimento do diagrama corporal e identificação de situações problema. Os registos sobre fármacos administrados no transporte e sobre a monitorização do doente durante o mesmo ganham depois especial relevo. O registo gráfico dos sinais vitais permite uma visualização sobre o estado do doente durante este período e identificar rapidamente situações problema que eventualmente possam ter ocorrido.

Por fim surge o registo de intercorrências que possam eventualmente ter sucedido e com a identificação da equipa que efetivou o transporte, com nome e número mecanográfico.

Uma das preocupações que tive na sua elaboração foi que a mesma seja concisa, para que o seu preenchimento não retire tempo para os cuidados a prestar ao doente. Tentei também e julgo ter conseguido direcionar a mesma para o transporte do doente crítico, mas sempre de uma forma que permitisse que a mesma pudesse ser facilmente aplicada a todos os outros transportes inter-hospitalares doentes.

Essa folha foi apresentada ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência e implementada de forma experimental durante um período entre 30 a 60 dias para que a

equipa se pudesse pronunciar sobre a mesma e as respetivas alterações que pudessem ser reproduzidas.

1.3 Avaliação

Tendo já sido experimentada, durante o período proposto acima e com bom acolhimento por parte da equipa, a norma foi proposta para aprovação – aguardando ainda resposta.

Caso o mesmo seja aprovado pelo controlo da qualidade do hospital sugere-se também que dando seguimento as recomendações da literatura existente sejam nomeados dois responsáveis (Medico e Enfermeiro) pelo transporte de doentes do hospital. Estes poderão também usar os registos existentes para auditar a qualidade dos transportes e implementarem as alterações que julguem ser necessárias.

2. NOTA CONCLUSIVA

O transporte inter-hospitalar do doente crítico, é extremamente comum em serviços de Urgência Médico – Cirúrgica. O criterioso registo de tudo o que decorre durante o mesmo é extremamente importante para que a segurança dos doentes e da equipa multidisciplinar não seja colocada em causa.

Este trabalho, com todas as experiências e oportunidades que me proporcionou, constituiu um contributo muito valioso para o meu processo de formação e conferiu-me a capacidade de olhar a profissão de uma forma mais consistente, apercebendo-me da relevância da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na melhoria dos cuidados prestados.

Os objetivos delineados e propostos para este documento foram alcançados, sendo importante salientar o papel do Enfermeiro como uma mais-valia para as organizações de saúde, sendo reconhecido e procurado pelo doente crítico em busca de respostas para os seus problemas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coimbra, N., & Amaral, T. (29 de Fevereiro de 2016). Acompanhamento de enfermeiro no transporte primário do doente crítico. Nursing. Obtido de <http://www.nursing.pt/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico/>

Deodato, S. (2017). *Direito da Saude*. Lisboa: Almedina.

Machado, P. (2010). Transporte de doente critico - Vivências do Enfermeiro no serviço de Urgência. Ponte de Lima. Obtido de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1524/2/Mono_16609.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros*. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros . (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros - RCCEE. (2010). *Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Portaria n.º 82/2014, d. 1. (10 de abril de 2014). Obtido de Procuradoria Geral - Distrital de Lisboa: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2088&tabela=leis&so_miolo=

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2010). *Transporte de Doentes Críticos - recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Obtido de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Apêndice I -A

Folha de registos do transporte Inter-hospitalar

REGISTO DE ENFERMAGEM
TRANSPORTE DE DOENTE – Serv. Urgência

DATA: ____/____/____

MOTIVO TRANSPORTE:

- ☐ EXAME/TRATAMENTO NÃO DISPONIVEL
- ☐ VALÊNCIA NÃO DISPONIVEL
- ☐ FALTA DE VAGA
- ☐ DOENTE FORA DE AREA DE RESIDENCIA
- ☐ OUTRO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

INFORMADO FAMILIAR _____

GRAU PARENTESCO _____

HORA SAÍDA: ____:____H

DESTINO: _____

HORA CHEGADA: ____:____H

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE SECUNDARIO					
1. VIA AÉREA		8. PACEMAKER			
Não	0	Não	0		
Sim (tubo de Guedel)	1	Sim, definitivo	1		
Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	2	Sim, provisório	2		
2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA		9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA			
FR entre 10 e 14 /min	0	Escala de Glasgow = 15	0		
FR entre 15 e 35 /min	1	Escala de Glasgow >8 e <14	1		
Apneia ou FR <10/ min ou FR > 35/min ou respiração irregular	2	Escala de Glasgow ≤15	2		
3. SUPORTE RESPIRATORIO		10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO			
Não	0	Nenhum dos abaixo iniciados	0		
Sim (Oxigenioterapia)	1	Grupo I Naloxona Corticoesteroides Manitol a 20% Analgésicos	1		
Sim (ventilação mecânica)	2				
4. ACESSOS VENOSOS				Grupo II Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos gerais Dreno torácico	2
Não	0				
Acesso periférico	1				
Acesso central em doente instável	2				
5. AVALIAÇÃO HEMODINAMICA					
Estável	0				
Moderadamente estável	1				
Instável (inotrópicos ou sangue)	2				
6. MONITORIZAÇÃO DE ECG					
Não	0				
Sim (desejável)	1				
Sim (em doente instável)	2				
7. RISCO DE ARRITMIAS					
Não	0				
Sim, baixo risco * (e EAM > 48h)	1				
Sim alto risco * (e EAM < 48h)	2				
		TOTAL			

* Baixo risco = Sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata

* Alto risco = Risco imediato de vida ou necessidade de intervenção terapêutica imediata

PONTOS	NIVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfi brilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

* Fonte: (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010)

DOENTE EM ISOLAMENTO

☐ CONTACTO ☐ GOTICULAS ☐ VIA AÉREA

EPI'S: _____

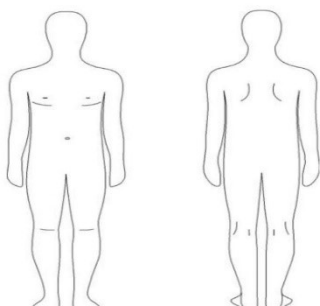
MATERIAL DE TRAUMA:

☐ PLANO DURO

☐ COLAR CERVICAL

☐ TALAS

DIAGRAMA CORPORAL



LEGENDA	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

VENTILAÇÃO

- ☐ ESPONTANEA
☐ CANULA NASAL/VENTIMASK ____ L/MIN
☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
 IPAP ____ EPAP ____ L/MIN
☐ VENTILAÇÃO MECANICA INVASIVA
 NºTUBO ____ NIVEL ____

PERFUSÕES		
	INICIO	FIM
HEMODERIVADOS	INICIO	FIM

FARMACOS ADMINISTRADOS			
	Dose	Via	Hora
			:
			:
			:
			:
			:
			:
			:
			:
			:
			:

REGISTO DE PARAMETROS VITAIS

220									
200									
180									
160									
140									
120									
100									
80									
60									
40									
20									
SAT. O2									
E.C.Glasgow									
Dor									
Glicemia									
Freq. Resp.									

INTERCORRENCIAS:

- ☐ SEM INTERCORRENCIAS
☐ ALTERAÇÃO DE ROTA (MOTIVO _____)
☐ FALHA DE EQUIPAMENTO _____
☐ INSTABILIDADE HEMODINAMICA
☐ SAV
☐ OUTRA: _____

ENFERMEIRO _____ NºMEC _____ MÉDICO _____ NºMEC _____

Apêndice II

Ventilação Não Invasiva em contexto
pré-hospitalar



VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM CONTEXTO PRÉ HOSPITALAR

Por

Domingos André Gama Marques

Sob a orientação de Professora Lúcia Rocha

Porto – dezembro de 2017

ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA	115
1. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.....	119
Continuous Positive Airway Pressure (CPAP).....	120
Bi-Level Positive Airway Pressure (BIPAP)	121
2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO PRÉ-HOSPITALAR	123
3. NOTA CONCLUSIVA.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

0. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do Estágio de Assistência Pré-hospitalar correspondente ao Módulo III da unidade curricular de Estágio em Enfermagem Médico Cirúrgica, do Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre entre os dias 11 de setembro e 8 de dezembro de 2017 no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Com a sua elaboração pretende-se dar visibilidade ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados, identificar o “state of art” relativamente ao uso de Ventilação Não Invasiva no pré-hospitalar e por último lançar as bases para a elaboração futura de uma norma que justifique o uso deste dispositivo no meio SIV.

Este documento inicia-se com a nota introdutória, à qual se segue uma contextualização teórica sobre a Ventilação Não Invasiva, este tema é depois aprofundado em relação à realidade pré-hospitalar. O último ponto diz respeito à nota conclusiva. Seguem-se as referências bibliográficas.

Para a elaboração deste documento foram consultadas fontes bibliográficas credíveis, reconhecidas e válidas. Adicionalmente foram usadas informações provenientes da minha formação inicial e da experiência profissional. Foi também necessário recorrer à troca de informação com a equipa multidisciplinar, à aplicação dos conhecimentos teóricos, à observação, à comunicação e, ainda, à análise crítico-reflexiva.

As vítimas de dispneia severa e / ou Edema Agudo do Pulmão constituem um número importante dentro da casuística dos vários meios do INEM, nomeadamente nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida. Embora já esteja protocolada a intervenção dos enfermeiros da SIV nestas situações o uso de Ventilação não invasiva ainda não está contemplado. Após contacto com os responsáveis pela área de enfermagem verificou-se que este era um assunto que os mesmos gostariam de ver abordado numa perspetiva de acrescentar maior qualidade aos cuidados prestados na emergência pré-Hospitalar.

Como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, o meu foco centra-se no cuidado ao doente crítico, pelo que todo este documento surgirá com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados a este tipo de doentes.

A intervenção precoce e eficaz nas situações de emergência médica tem sido enfatizada nas ultimas décadas como ponto vital para o sucesso da assistência aos doentes. O atendimento ao doente crítico requer, por isso, uma intervenção atempada, adequada e baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o ambiente pré-hospitalar, passando pelo transporte primário até a assistência intra-hospitalar.

O doente crítico é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010). A abordagem ao doente adulto e idoso grave requer uma equipa multidisciplinar com conhecimento das suas funções atuando com metodologia correta.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, a abordagem de enfermagem a pessoa em situação crítica exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica e maximizando a eficácia e a eficiência da atuação. Os enfermeiros com EEMC são a chave na resposta às necessidades específicas do doente adulto e idoso em estado crítico, na prestação de cuidados seguros e qualificados.

A pessoa em situação crítica necessita de rápida e eficaz resposta da equipa de saúde, sendo a equipa de enfermagem essencial na sua abordagem. O enfermeiro possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Em situações de emergência a intervenção de enfermagem é realizada de forma interdependente, agindo em complementaridade de funções com outros profissionais de saúde (Deodato, 2017). Os cuidados de enfermagem ao doente crítico exigem “observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de

prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros , 2010). Considera-se, assim, que o enfermeiro deverá possuir competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, assegurando uma prestação de cuidados qualificados. O enfermeiro especialista possui um profundo conhecimento no domínio específico, elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências, segundo o campo de intervenção, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros - RCCEE, 2010).

O projeto SIV veio permitir, através da avaliação clínica dos enfermeiros e respetiva validação com o Médico do CODU, a aplicação de diversos protocolos com o objetivo de estabilizar / melhorar a situação clínica da vítima para que depois se possa proceder ao seu transporte para a unidade de saúde mais indicada para si. Na prática o mesmo, através destes protocolos, reconhece aos enfermeiros as competências para que possa proceder à avaliação clínica da vítima. A validação desta avaliação clínica junto do médico do CODU implica também o reconhecimento dessas competências já que nesse momento os dados transmitidos pelo Enfermeiro correspondentes à sua avaliação, funcionam como os “olhos” do médico que não está no local.

Nesse sentido os enfermeiros podem e devem, cada vez mais, aumentar os seus conhecimentos e contribuir dessa forma para a criação de novos protocolos que aumentem a eficácia dos cuidados prestados às vítimas.

As vítimas com dispneia severa, ou até mesmo em Edema Agudo do Pulmão constituem um número importante da casuística de meios como as ambulâncias SIV, pelo que faz sentido pensar na melhoria da qualidade assistencial também nesta área. Este documento pretende contribuir para esse objetivo, lançando as bases para que este possa ser um novo protocolo de atuação nas SIV.

A Ventilação não Invasiva está descrita na literatura como uma forte arma no combate aos diagnósticos acima referenciados.

1. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A ventilação não invasiva é uma forma de ventilação mecânica que possibilita a administração de suporte ventilatório com pressão positiva através de uma máscara facial ou nasal, sem a utilização de uma via aérea endotraqueal.

A VNI melhora a função pulmonar dos doentes através de vários mecanismos. Por um lado, diminui o trabalho respiratório e melhora a compliance pulmonar e, por outro, recruta alvéolos atelectasiados aumentando dessa forma a área das trocas gasosas, com benefícios quer na oxigenação, quer na exalação do ar retido. Assim sendo pode afirmar-se uma das maiores vantagens associadas ao uso de VNI são permitir melhorar a ventilação evitando a intubação e as suas complicações físicas e psicológicas para o doente e família.

O facto de poder causar sensação de claustrofobia, e ser praticamente ineficaz em caso de inadaptação bem como o facto de não proteger a via aérea se o doente não tiver reflexo de deglutição são apontados atualmente como as suas maiores desvantagens.

O funcionamento da VNI pode dividir-se em três modalidades – assistida, controlada e assistida / controlada. A modalidade assistida em que o doente desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia insuflando volumes, previamente programados. Na modalidade controlada o ventilador assegura todos os movimentos ventilatórios. Por sua vez na modalidade Assistida/Controlada, o doente desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador inicia os restantes. A literatura existente sobre esta temática recomenda a utilização do modo assistido/controlado, em doentes que mantenham boa drive respiratória.

O uso de VNI está **indicado** nas seguintes situações:

- Agudização da DPOC
- Edema Agudo do Pulmão
- Insuficiência Respiratória Aguda pós cirúrgica
- Doenças neuromusculares
- Alterações torácicas restritivas (cifoesciose por ex.)
- Bronquiectasias
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Pneumonia

Existem também algumas **contraindicações** para o seu uso, nomeadamente:

- Paragem Cardiorrespiratória
- Instabilidade Hemodinâmica
- Encefalopatia grave
- Traumatismo ou cirurgia facial recente
- Pneumotórax não drenado ou pneumomediastino
- Obstrução alta da via aérea
- Pós-operatório recente de cirurgia abdominal
- Diminuição do estado de consciência
- Agitação e/ou confusão
- Secreções excessivas
- Diminuição do reflexo de deglutição
- Arritmia não controlada
- Hemorragia digestiva alta

A VNI pode subdividir-se em duas modalidades:

Continous Positive Airway Pressure (CPAP)

O CPAP, consiste na aplicação de uma pressão positiva contínua na via aérea durante todo o ciclo respiratório. Os seus principais objetivos são melhorar a oxigenação, melhorar a capacidade funcional residual e melhorar a dinâmica pulmonar.

Uma das desvantagens apontadas ao CPAP refere-se ao facto de o fluxo contínuo não permitir ao doente variar com conforto as suas necessidades ventilatória. O seu uso é normalmente preterido ao BIPAP uma vez que os níveis de pressão intratorácica gerados são maiores. O seu uso no pré-hospitalar está já contemplado por exemplo nas Viaturas Medicas de Emergência e Reanimação, através das mascaras de Boussignac.

Esta solução pode a meu ver ser alargada aos meios SIV, já que são evidentes as melhorias para o quadro clínico da vítima. O facto de ser bastante compacta e necessitar de pouco material fazem com que se enquadre facilmente nas malas existentes nestes meios.

A literatura existente sobre este tema vem também recomendar o uso desta técnica como mais à frente se pode constatar.

Bi-Level Positive Airway Pressure (BiPAP)

A unidade BiPAP caracteriza-se pela aplicação de dois níveis de pressão, um mais elevado na inspiração e outro mais baixo na expiração. Trata-se de um gerador de baixa pressão, controlado eletronicamente, que aumenta a ventilação do doente fornecendo-lhe ar pressurizado, através de uma máscara, segundo dois níveis de pressão pré-programados: IPAP (inspiração) e EPAP (expiração).

O BiPAP tem mecanismos de deteção do esforço inspiratório mesmo que exista fuga no sistema, gerando com isso uma adequação constante às necessidades do doente, o que acarreta um maior conforto para o doente. O facto de atualmente ter autonomia e dimensões reduzidas permite que se ambicione a sua introdução na APH.

2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO PRÉ-HOSPITALAR

O número de estudos da aplicabilidade da VNI no pré-hospitalar / ganhos em saúde produzidos com a sua aplicação têm vindo a crescer nos últimos anos. Recorrendo ao motor de busca EBSCO host, usando como discriminadores – pré-hospital / non invasive ventilation pude verificar que existem 11 artigos produzidos nos últimos 10 anos de acesso integral ao público. Depois de excluir 3 deles pelo título e mais 1 depois lido o resumo, pude constatar que os mesmos confirmam ganhos em saúde superiores, nos doentes com queixas de dispneia moderada a severa causada por EAP ou DPOC agudizada, tratados com VNI isolada ou associada a medicação, em contexto Pré Hospitalar, por comparação com os resultados decorrentes da administração de tratamento farmacológico exclusivo.

Os ganhos em saúde mencionados nestes artigos são: diminuição da taxa de entubações endotraqueais na ordem dos 10%; diminuição da taxa de mortalidade na ordem dos 8%; melhoria dos sinais vitais, nomeadamente com o aumento das SpO2 e diminuição da frequência cardíaca; diminuição do tempo médio do internamento dos doentes; diminuição dos custos associados ao tratamento.

Ou seja, o uso de VNI associado ao tratamento farmacológico permite um encurtamento do episódio de doença, diminuição da incapacidade temporária, aumento da funcionalidade física e psicossocial e, acima de tudo, redução do sofrimento e melhoria da qualidade de vida com menores custos.

A abordagem deste tema surge dando resposta a uma necessidade identificada pelo coordenador de enfermagem da delegação Norte do INEM, que identificou este tema como algo que pode ser trabalhado para melhorar a qualidade dos cuidados no Pré-Hospitalar.

Nesse sentido e dando resposta às necessidades identificadas através do contacto com a equipa multidisciplinar, surge este documento onde constarão as indicações para o uso de VNI no tratamento de dispneias severas ou Edemas Agudos de Pulmão.

Este documento tem por intuito lançar as bases para a elaboração de uma norma que introduza a VNI no contexto pré-hospitalar e dessa forma contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados as vítimas obtendo consequentemente os ganhos em saúde já acima referidos.

Ao abordar a Enfermeira tutora, e alguns elementos da equipa multidisciplinar acerca do interesse em desenvolver este projeto de intervenção, verifiquei desde logo a receptividade de todos para o desenvolvimento e implementação do mesmo, considerado uma mais-valia para a SIV, equipa e para a melhoria dos cuidados.

3. NOTA CONCLUSIVA

A enfermagem, historicamente, tem um papel ativo na criação e desenvolvimento dos diferentes sistemas de emergência médica do mundo. Em Portugal, o enfermeiro tem um papel importante na medicalização do socorro, estando presente em todos os meios diferenciados do INEM e também nos serviços de gestão que garantem a qualidade e operacionalidade dos meios, aqui com um enfoque especial para o enfermeiro especialista. Pelo que, se torna importante valorizar os cuidados em ambiente extra-hospitalar e apetrechar o enfermeiro especialista com os instrumentos adequados também a este contexto.

A evidencia demonstra hoje que a ventilação não invasiva é um forte auxilio no tratamento de dispneias severas / edema agudo do pulmão. As ambulâncias SIV, dotadas de profissionais com competências reconhecidas na área da emergência pré-hospitalar podem melhorar ainda mais a qualidade da sua assistência com o recurso à VNI para tratar as situações acima referidas.

Cada vez mais, é reconhecido o papel dos sistemas de emergência pré-hospitalar na redução de mortalidade e morbilidade do doente. Cabe à enfermagem, dentro da equipa multidisciplinar, assumir o seu papel no cuidado ao doente e assegurar uma prática de cuidados especializados com base na evidência.

Este trabalho, com todas as experiências e oportunidades que me proporcionou, constituiu um contributo muito valioso para o meu processo de formação e conferiu-me a capacidade de olhar a profissão de uma forma mais consistente, apercebendo-me da relevância da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na melhoria dos cuidados prestados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bledsoe B, A. E. (2012). Low-Fractional Oxygen Concentration Continuous Positive Airway Pressure is Effective in the Prehospital Setting. *Prehosp Emerg Care*.
- Cheskes S, T. L. (2013). The Impact of Prehospital Continuous Positive Airway. *Prehosp Emerg care*.
- Daily J, W. H. (2011). Noninvasive positive pressure ventilation: resource document for the national. *PreHosp Emerg Care*.
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saude*. Lisboa: Almedina.
- Hubble M, R. M. (2008). Estimates of cost-effectiveness of prehospital continuous positive. *Prehosp Emerg Care*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros*. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros . (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros - RCCEE. (2010). *Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2010). *Transporte de Doentes Críticos - recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Obtido de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Taylor D, B. S. (2008). Prehospital noninvasive ventilation: a viable treatment option in urban setting. *PreHosp Emerg Care*.

Williams T, F. J. (2013). Prehospital Continuous Positive Airway Pressure for Acute. *PreHosp Emerg care*.

Apêndice III

“A formação como pilar da melhoria da
qualidade assistencial”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

A FORMAÇÃO COMO PILAR DA MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Por

Domingos André Gama Marques

Sob a orientação de Professora Lúcia Rocha

Porto – fevereiro de 2018

Índice

0. NOTA INTRODUTÓRIA	135
1. FORMAÇÃO EM SERVIÇO	137
1.1 Levantamento das necessidades formativas	138
1.2 Apresentação e análise dos resultados	140
1.3 Plano de formação 2018	143
2. NOTAS CONCLUSIVAS	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149

0. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do Estágio em Cuidados Intensivos correspondente ao Módulo II da unidade curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre entre os dias 11 de dezembro de 2017 e 10 de fevereiro de 2018 numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes pertencente a um Hospital Central do grande Porto.

A UCI conta já com 2 responsáveis pela formação, dotados de uma extrema ambição de contribuir para a melhoria dos cuidados através da dinamização da formação em serviço. No entanto foi-me lançado o desafio de juntamente com eles fazer o levantamento das necessidades formativas para o ano de 2018.

Este trabalho inicia-se com a nota introdutória, à qual se segue uma contextualização teórica sobre a formação em serviço, onde se inclui o levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem da UCI; segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos e a proposta de um plano de formação para o ano de 2018. O ultimo ponto está destinado à nota conclusiva. Termina-se com as referências bibliográficas.

O direito à formação, à atualização e aperfeiçoamento profissional e suas condições de acesso, é referenciado no Código Deontológico. No contexto de mudança constante, é fundamental a envolvimento de todos os enfermeiros, na consciencialização e reconhecimento da necessidade de mais e melhor informação na área da saúde, sendo a formação em serviço potenciadora na aprendizagem ao longo da vida.

Para a elaboração deste documento foram consultadas fontes bibliográficas credíveis, reconhecidas e válidas. Adicionalmente, alguns documentos disponibilizados pela Ordem dos Enfermeiros e informações provenientes da minha formação inicial e da experiência profissional. Foi também necessário recorrer à troca de informação com a equipa multidisciplinar, à aplicação dos conhecimentos teóricos, à observação, à comunicação e, ainda, à análise crítico-reflexiva.

1. FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Ao longo dos últimos anos a formação na enfermagem tem vindo a ser cada vez mais estudada e desenvolvida, sendo de salientar a importância da formação para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. A formação emerge assim, como um pilar fundamental num processo contínuo desde a formação inicial até às atividades de formação contínua desenvolvidas ao longo da vida.

Barbosa (2011) , refere que a formação dos profissionais de saúde é crucial no processo de mudança, em que surgem novos paradigmas de formação nos conteúdos, metodologias e de avaliação. O desenvolvimento dos profissionais deve estimular além dos conhecimentos técnico-científicos, as capacidades e os comportamentos, criando maior diferenciação de recursos humanos num aperfeiçoamento. Salienta a importância da educação, treino e formação profissional contínua, sendo que esta deve desenvolver competências e capacidades que permitam estimular os profissionais, favorecendo um caminhar contínuo coletivo.

Como refere Menoita (2011), a formação em serviço pretende contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem. Segundo esta autora, as organizações devem criar ambientes reflexivos, de aprendizagem em equipa, que promovam a autonomia, novos estilos de liderança, tendo uma visão partilhada nas redes funcionais de intercomunicabilidade entre todos os intervenientes.

Importa também clarificar conceitos relativos à formação em enfermagem, no que diz respeito à formação contínua e formação em serviço. A formação contínua é segundo Santos (2008) uma parcela da formação permanente que assume o objetivo de adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades que visem o desenvolvimento pessoal e profissional utilizando um modelo pedagógico fundamentalmente formal e transmissivo. A mesma autora define formação contínua “*como a forma contínua em que os profissionais aprendem no exercício das suas funções*”. Refere também que a última finalidade da formação contínua em enfermagem é a garantia da qualidade dos cuidados

a um alto nível. A formação em serviço é a restante parcela da formação permanente, dando continuidade aos objetivos da primeira, mas desenrola-se em simultâneo com a prática profissional e que se repercute na resolução de problemas específicos dos diferentes serviços.

Para a classe de enfermagem, o contexto de trabalho é uma excelente fonte de formação e é neste contexto que o enfermeiro interioriza e aprofunda a maior parte dos conhecimentos cognitivos que adquire na sua formação.

É aqui que reforça e corrige comportamentos através da consolidação de saberes e de experiências que se encontram dispersos, promovendo a reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação. Esta ideia também é defendida por (Menoita, 2011), quando refere que os contextos de trabalho são espaços importantes de aprendizagem e socialização, em que os atores são agentes ativos, que desenvolvem processos interativos de adaptação ao meio, transformando o conhecimento na ação e a reflexão sobre o conhecimento na ação.

Consciente da importância da formação para a excelência dos cuidados de enfermagem, foi-me lançado o desafio de participar na elaboração do questionário sobre as necessidades formativas da equipa de Enfermagem da UCI, juntamente com os meus tutores que desempenham funções de coordenadores da formação em serviço.

1.1 Levantamento das necessidades formativas

Nesse sentido e dando resposta às necessidades identificadas através da observação direta e contacto com a equipa multidisciplinar, surge o questionário sobre as necessidades formativas para o ano de 2018.

A sua existência é para mim de vital importância, porque é o primeiro momento para que a equipa se sinta envolvida neste projeto que se chama formação em serviço. Este documento permite também que os coordenadores da formação tenham dados em concreto para projetar a formação para o ano de 2018 e futuros, nomeadamente sobre os temas que a equipa considera importantes para a sua formação, a importância que atribuem à formação em serviço, a sua disponibilidade para participar enquanto formadores etc.

Depois de me ter sido lançado o desafio por parte dos meus tutores e por parte da Enf.^a Chefe, demonstrei desde logo receptividade para abraçar este projeto com a noção de que mais valia que o mesmo pode constituir para a unidade, equipa e para melhoria da qualidade assistencial.

O levantamento das necessidades formativas para o ano de 2018, neste serviço, ainda não tinha sido realizado pelo que identifiquei esta situação como uma oportunidade de melhoria.

Com base na evidência científica existente, desenvolvi e implementei um projeto de intervenção intitulado de “Formação em serviço como pilar da melhoria da qualidade assistencial”, com o objetivo principal de identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem e lançar perspetivas para que as mesmas possam ser colmatadas.

Para atingir este objetivo consultei a equipa multidisciplinar sobre o tema através de um questionário distribuído a todos por email em formulário Google® e realizei pesquisa bibliográfica acerca do tema.

Este questionário é composto na sua maioria por perguntas de resposta fechada e o seu preenchimento é facultativo embora todos os elementos da equipa de enfermagem tenham sido convidados a fazê-lo.

As primeiras duas questões têm por objetivo caracterizar a amostra já que se prendem com o número de anos de experiência profissional e o número de anos que exerce funções na UCI. As respostas permitidas seriam: > 5 anos, entre 5 e 10 anos, entre 10 e 15 anos, entre 15 e 20 anos e mais de 20 anos.

Segue-se a uma questão de resposta múltipla em que os inquiridos deviam escolher entre as opções disponíveis três temas que gostariam de ver abordados no âmbito da formação em serviço em 2018. As respostas disponíveis seriam as seguintes: monitorização elétrica e hemodinâmica, neuromonitorização, algoritmos SAV, ventilação mecânica (invasiva e não invasiva), ECMO, manutenção de dadores de órgãos, tratamento de feridas, controlo de infeção, outro. Caso a opção outra fosse selecionada abriria um novo campo de resposta livre para que os inquiridos pudessem descrever esse tema. Os temas acima identificados como opção de resposta vão de encontro aos grupos de formação já existentes na UCI, onde cada enfermeiro tem uma temática pela qual é responsável.

Depois de inquiridos sobre os temas, questionava-se os enfermeiros sobre a sua disponibilidade para participar enquanto formadores e em caso de resposta afirmativa, sobre o tema que gostariam de abordar.

A pergunta seguinte é “Qual a importância que atribui à formação em serviço?”, estando ao dispor dos inquiridos as seguintes opções: Nada relevante, pouco relevante, relevante, muito relevante e extremamente relevante.

Os enfermeiros seriam depois convidados a analisar a seguinte expressão "A formação em serviço é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade." Para sua escolha teriam as seguintes opções: discordo totalmente, discordo muito, concordo, concordo muito, concordo totalmente. Com estas duas questões pretende-se averiguar o grau de motivação da equipa para a temática da formação em serviço.

O questionário termina com uma pergunta de resposta aberta e opcional sobre “O que sugere para a realização de diferentes tipos de formação continua?”.

O prazo para resposta a este questionário foi do dia 3 ao dia 9 de fevereiro.

1.2 Apresentação e análise dos resultados

A carreira de enfermagem e os seus atores vivem por esta altura momentos difíceis, o que por vezes se manifesta nas conversas entre pares por uma sensação de menor motivação para atividades que são vistas como “extra”. Assim muitos colegas optam como estratégia de coping para os seus problemas profissionais, o desligar da vida profissional fora do seu horário planeado de trabalho.

A equipa de enfermagem da UCI é constituída por 27 enfermeiros, para os quais foram enviados o questionário acima relatado. O numero de respostas obtidas foi de 12 em 27, o que dá um total de 44% de adesão.

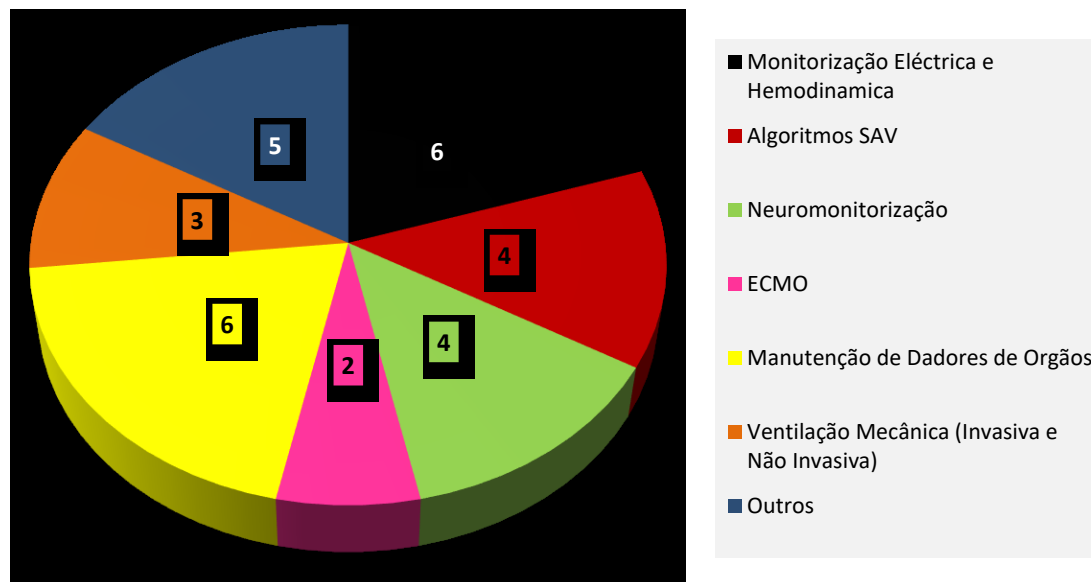


Dos enfermeiros inquiridos verificou-se que apenas 1 tinha menos de cinco anos de experiencia profissional, 5 tinham entre cinco e dez anos, 2 entre dez e quinze anos, 1 quinze a vinte anos, e 3 têm mais de vinte anos de experiencia profissional.



Em relação ao numero de anos de experiencia em cuidados intensivos verificou-se que 6 tinha menos de cinco anos de experiencia profissional, 3 tinham entre cinco e dez anos, 1 tinha entre quinze a vinte anos, e 2 têm mais de vinte anos de experiencia profissional na UCIP.

Qual o tema que gostaria de ver abordado na formação em serviço em 2018?



Em relação aos temas que gostariam de ver abordados as respostas dividiram-se como se pode ver no gráfico abaixo. A sua predominância vai para a monitorização eléctrica e hemodinâmica, e para a manutenção de dadores de órgãos.

Foram também inquiridos os participantes sobre a sua disponibilidade para participar enquanto formadores. Dos quais sete manifestaram a sua intenção de participar como formadores.

Sobre a importância que se atribui a formação verificou-se que 9 dos 12 participantes (75%) consideram a formação em serviço extremamente importante, 2 (16,67%) consideram muito relevante e 1 participante (8,33%) considera relevante.

Questionados sobre a expressão: "A formação em serviço é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade." 9 dos enfermeiros concordaram totalmente, 1 concordou muito e 2 concordaram.

A análise global destes resultados permite tirar algumas conclusões. Apesar da adesão ter sido inferior a 50%, verifica-se que a amostra é representativa de praticamente todos os profissionais uma vez que estão lá retratadas quase todas as hipóteses de resposta em relação à experiência profissional. Neste ponto importa também salientar que 75 % dos inquiridos tem menos de 10 anos de experiência em cuidados intensivos.

O facto de o questionário ser distribuído apenas online e a menor motivação existente neste momento entre os pares de enfermagem poderão eventualmente justificar a menor adesão a este projeto, no entanto deve-se quanto a mim salutar que perto de 60% dos inquiridos tenha demonstrado a sua disponibilidade para participar como formador no plano de formação de 2018.

Em conversa informal com vários elementos da equipa verifiquei e tentei contrariar os motivos acima descritos, no entanto todos temos noção de que na prática as coisas nunca se mudam de uma hora para a outra. A meu ver, mesmo os elementos menos despertados para temática da formação poderão com um plano de formação atrativo e ambicioso, voltar as suas atenções para um crescimento comum de um serviço que ao longo dos seus mais de 25 anos de historia já contou com elementos que hoje são referências para a enfermagem nacional e internacional.

A minha experiencia enquanto estudante de mestrado neste serviço foi amplamente positiva, no sentido em que notei uma abertura por parte de toda a equipa para a partilha informal de conhecimentos.

A nível de temáticas a abordar na formação em serviço 50 % referiram-se à monitorização elétrica e hemodinâmica e manutenção de dadores como temas que gostariam que fossem abordados. Os algoritmos de SAV e a neuromonitorização reúnem também amplo consenso entre os inquiridos.

A equipa manifesta ainda na opção “outros” a vontade de ver abordadas questões relacionadas com o tratamento de feridas e dor. Aproveitando a disponibilidade demonstrada pelos colegas para colaborarem como formadores é também interessante verificar que à exceção dos algoritmos SAV todos os outros temas tiveram voluntários para desenvolver a sua formação para os pares.

Importa também aqui referir que mais de 90% dos inquiridos considera a formação em serviço muito ou extremamente relevante e 92 % veem-na como um vetor da qualidade assistencial.

1.3 Plano de formação 2018

A análise destes dados permite tirar indicadores extremamente positivos em termos de perspetivar o futuro da formação. Assim a minha sugestão vai para a elaboração de um

plano de formação que contemple um tema mensal, com datas e temas previamente definidos.

Sugiro também que essas formações tenham dois dias marcados para que possam chegar a mais elementos de equipa. As mesmas deverão ter uma duração máxima de 30 a 40 minutos e deverão ser calendarizadas para o final do turno da manhã, para que possam assistir os elementos que vêm fazer tarde, alguns dos que estejam também a fazer manhã (conforme o serviço permitir) e eventualmente quem esteja de folga. As horas da formação deverão também ser contabilizadas como extra no horário e aos elementos responsáveis pela temática do mês deve ser dado o equivalente em horas a um turno diurno para que a possam preparar. O seu enfoque deve essencialmente para casos práticos que tenham surgido e que a maioria da equipa se identifique. Assim sendo a minha proposta de plano de formação é:

Dia	Hora	Tema
4/4/18	14h00	Monitorização elétrica e hemodinâmica
18/4/18	14h00	Monitorização elétrica e hemodinâmica
9/5/18	14h00	Manutenção de dadores de órgãos
23/5/18	14h00	Manutenção de dadores de órgãos
6/6/18	14h00	Dor
20/6/18	14h00	Dor
12/9/18	14h00	Tratamento de Feridas
26/9/18	14h00	Tratamento de Feridas
10/10/18	14h00	Algoritmos SAV
24/10/18	14h00	Algoritmos SAV
7/11/18	14h00	Neuromonitorização
21/11/18	14h00	Neuromonitorização

Outra das minhas sugestões passa por “desafiar” mensalmente 2 colegas para que elaborem um poster (tamanho A3) onde se reúna informação pertinente sobre os aspetos simples, mas relevantes da nossa pratica e que por vezes não conferíamos tanta atenção para justificar uma ação de formação específica (exemplo: prevenção de Infecções associadas ao CVC, posicionamento do doente critico, medidas de prevenção de infeções associadas ao ventilador, taxas de infeção associadas aos dispositivos médicos, taxas de

prevalência de úlceras de pressão no serviço etc.). Se a equipa sentir que todos são envolvidos os resultados serão certamente ainda melhores durante o próximo ano.

Não posso terminar sem deixar um desafio, cuja ambição sei que é partilhada pelos responsáveis pela formação, e que passa pela realização no 1º trimestre de 2019 das **Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar**. Pelo que foi possível verificar este serviço é dotado de profissionais de excelência com enormes saberes, com uma forte massa critica e despertos para os novos desafios da enfermagem em contexto de cuidados intensivos. No seu seio existem elementos capazes de abordar temáticas amplamente interessantes para umas jornadas que teriam com certeza uma adesão maciça por parte dos profissionais de toda a região norte.

Estas jornadas construiriam um acréscimo para a adesão à formação uma vez que os temas a desenvolver durante este ano (e até mesmo os posters) poderiam depois ser reajustados para serem apresentados à comunidade de enfermagem.

No Hospital, ou noutro espaço maior do concelho, estas jornadas teriam com certeza condições mesmo a nível financeiro para serem autossuficientes. A região Norte possui ainda pessoas de reconhecida competência para serem convidados a abordar temas que a comissão científica das jornadas julgue pertinente nomeadamente sobre a temática do fim de vida e comunicação de más notícias como são os casos do Prof. Doutor António Maia Gonçalves (Médico da UCI do Hospital de Braga) ou dos Professores Patrícia Coelho e Paulo Alves da Universidade Católica Portuguesa, especialistas reconhecidos a nível nacional e internacional na área de fim de vida e feridas respetivamente.

Juntamente com os profissionais desta unidade de excelência com certeza atrairiam a atenção de muitos que têm por objetivo prestar cuidados de excelência ao doente crítico.

2. NOTAS CONCLUSIVAS

A formação em serviço tem uma importância vital no incremento da qualidade assistencial. A UCI conta com uma equipa de profissionais de excelência capazes de transmitir os seus conhecimentos aos seus pares. O levantamento das necessidades formativas e esta proposta de plano de formação para 2018 a culminar com a organização de umas jornadas de enfermagem em 2019 é um desafio ambicioso, mas perfeitamente ao alcance de uma equipa capaz de se reajustar a procurar melhorar os seus cuidados todos os dias.

A formação em serviço constitui uma pedra basilar nas organizações. O seu conceito evoluiu ao longo do tempo, sendo que, atualmente é um conceito dinâmico, interativo, que envolve não só os formadores, mas também os restantes elementos da equipa, no âmbito da produção de conhecimento e consequentemente o contexto ambiental, social e cultural em que os cuidados são prestados; o que vai determinar o grau de excelência de um serviço.

Os objetivos previamente identificados para este documento foram atingidos, sendo importante salientar o papel do Enfermeiro especialista como uma mais-valia para as organizações de saúde, sendo reconhecido e procurado pelos seus pares para a melhoria dos cuidados e partilha de saberes.

A investigação em enfermagem assume uma importância inquestionável, no sentido de procurar dar respostas às necessidades formativas da equipa da UCI e dessa forma possibilitar a tomada de decisões eficazes, que visem a mudança de atitudes, práticas e comportamentos, necessários, para uma prática baseada na qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, A. M. (2011). *A Organização interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa.

Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros*.

Obtido de

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros . (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

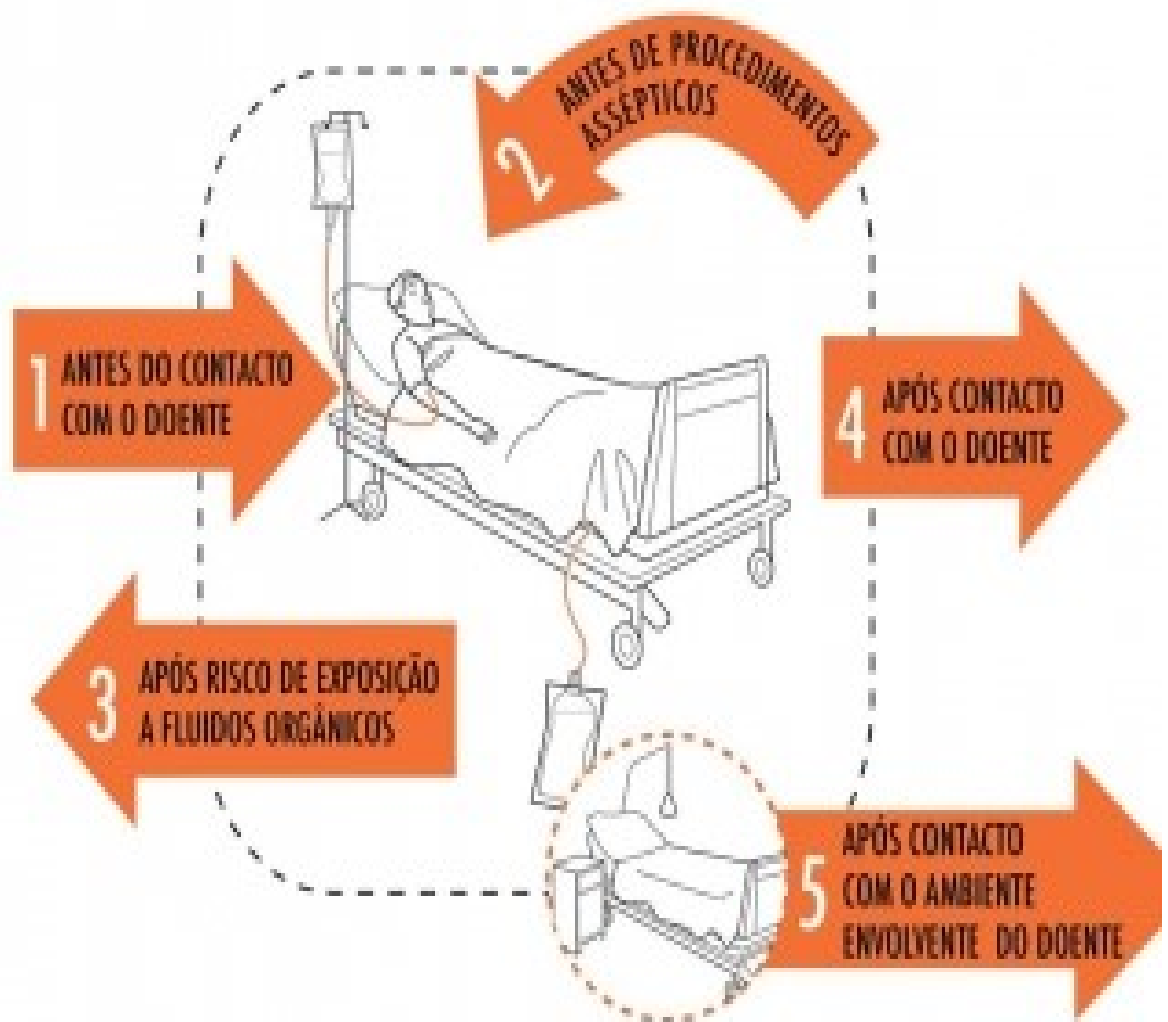
Ordem dos Enfermeiros - RCCEE. (2010). *Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Santos, E. C. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: desafios e constrangimentos*. Universidade do Algarve.

Anexo

Poster da DGS sobre os 5 momentos de
higienização das mãos



Fonte: Direção Geral de Saúde in <http://www.anci.pt/norma-de-higiene-das-maos-dgs>